

Natália da Maia Frade

**Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto**

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde
Porto 2014

Natália da Maia Frade

**Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto**

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde
Porto 2014

Natália da Maia Frade

**Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto**

Atesto a originalidade do trabalho

Tese de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em
Medicina Dentária.

RESUMO

Natália da Maia Frade

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”

numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

A avaliação da satisfação do utente, quando nos referirmos a parâmetros de qualidade nos sistemas de saúde, constitui um indicador com carácter multidisciplinar, cada vez mais indispensável na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e na administração dos cuidados prestados. Este ensaio piloto teve o propósito de desenvolver e testar um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Medicina Dentária, no contexto de uma clínica pedagógica Universitária de Medicina Dentária e, adicionalmente, confirmar os principais indicadores de satisfação que o paciente reconhece quando forma a sua opinião sobre a assistência recebida. Um estudo transversal foi conduzido entre abril e julho de 2012. O questionário da satisfação dos utentes foi composto por 26 questões classificadas segundo uma escala de Likert. A amostra foi constituída por 268 pacientes adultos, 53,7% do sexo feminino, com uma média etária de 46,1 ($\pm 16,3$) anos. A análise estatística descritiva e inferencial foi efetuada com recurso ao SPSS© vs21 ($\alpha=0,05$). A comparação relativizada da satisfação medida em cada uma das 5 componentes de satisfação mostrou que em todas as componentes se atinge um grau de satisfação pelo menos Bom. Os pacientes mostraram estar significativamente mais satisfeitos (Muito Satisfeitos) com a questão de terem o problema resolvido (componente 5), seguindo-se, embora com um grau de satisfação entre Bom e Muito Bom mas significativamente mais baixo, a satisfação com qualidade do clínico e tratamento (componente 2). Com um grau de satisfação Bom a Muito Bom mas significativamente inferior aos dois anteriores aparece a componente que avalia o acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio (componente 1).

ABSTRACT

Natália da Maia Frade

Questionnaire assessing the concept of "patient satisfaction"

in a Dental School *Clinic* - Pilot Study

Patient satisfaction is a multidimensional concept and is becoming an increasingly important indicator of quality of the health care systems. This pilot study aimed to develop and test an instrument to measure patient satisfaction with dental care in the context of a University Dental School Clinic, and additionally confirm the main indicators of satisfaction that patients recognize when they received dental care services. A cross-sectional study was conducted between April and July 2012. The Satisfaction questionnaire was composed of 26 questions rated with a Likert scale. The sample consisted of 268 adult patients, 53.7 % female, with a mean age of 46.1 (\pm 16.3) years. The descriptive and inferential statistical analysis was carried out using SPSS © vs21 (α =0.05). The relative comparison of measured satisfaction, in each of the 5 components of satisfaction, showed that in all the components a Good degree of satisfaction is achieved. Patients expressed to be significantly more satisfied (Very Satisfied) with the issue of having solved the problem (component 5), followed by a degree of satisfaction between Good and Very Good but significantly lower, satisfaction with quality of clinical processing and treatment (component 2). With a degree of satisfaction Good to Very Good but significantly lower than the previous two components appears the component that addresses access to care, care of the receptionist and support staff (component 1).

DEDICATÓRIA

A Deus que por sua infinita Misericórdia, tudo devo.

Ao meu Avô Frade, “ meu luar de janeiro.” Dedico este trabalho e o meu amor. O tempo passa mas a saudade fica, Avozinho.

Ao meu Avô João, meu Anjo da Guarda. Pelas noites que passámos a falar, pelas lágrimas que limpas do meu rosto, pelo consolo e por saber que estás sempre comigo.

Aos meus Pais, exemplos de vida, honra e amor, que há mais de vinte e seis anos me dedicam todos os seus dias. Pelo amor, a coragem e o alento que me dão, a vós dedico este trabalho e o meu amor eterno. *I love you.*

Ao Daniel, namorado, marido e melhor amigo. Pelo amor, paciência, apoio e sacrifício na criação das condições para tornar possível a concretização do meu curso. Prometemos amar para sempre, e assim será.

AGRADECIMENTOS

A vida encarregou-se de fazer com que a entrega desta dissertação fosse adiada por muito mais tempo do que alguma vez imaginei. Mas está finalmente concluída.

O meu Muito Obrigado:

À minha Orientadora, Professora Doutora Patrícia Manarte Monteiro, pela orientação científica, paciência, incentivo e desenvolvimento dos meus conhecimentos e conceitos, que tornaram possível a execução e conclusão desta dissertação.

À minha coorientadora, Professora Doutora Conceição Manso, pela ajuda e disponibilidade.

À minha irmã, companheira e amiga, por todo o apoio e coragem e por acreditar em mim.

À Teresa, ao Liberto e à Tatiana, pela bênção que são na minha vida.

Aos meus sogros e cunhados, pela sua motivação e apoio.

À Ermelinda e ao Basílio que estiveram ao meu lado, quer com palavras de ânimo, quer orando por mim, pelo seu carinho e preocupação.

À Vanessa e à Tânia, Amigas certas das horas certas e incertas.

Ao Eric e à Lete, pelos seus beijos e abraços cada vez que chego a casa. Mas mais importante pela sua dedicação e preocupação não só comigo mas com todos lá de casa.

À Estela e ao António José, pelo pouco que na verdade valeu de muito.

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO.....	1
1 - Contextualização do parâmetro “satisfação do paciente” no âmbito da “segurança do paciente” em Medicina Dentária	1
2 - Importância do desenvolvimento curricular em termos da área de comunicação entre profissionais de Medicina Dentária e pacientes	5
3- Instrumentos disponíveis para a comunicação entre os profissionais de Medicina Dentária e os pacientes	11
3.1 - Conceitos gerais.....	11
3.2– Metodologias e modelos de avaliação do parâmetro de satisfação.....	14
3.3 - Modelos do inquérito/questionário	15
3.4 - Validação dos inquéritos	17
4– Objetivos	19
II – MATERIAIS E MÉTODOS	20
1 - Fundamentação teórica e pesquisa Bibliográfica.....	20
2 - Ensaio Piloto sobre avaliação da satisfação dos utentes de Medicina Dentária mediante aplicação de inquérito.....	21
2.1- Construção do instrumento de medida (escolha de itens).....	21
2.2- Procedimento.....	22
2.3- Análise Estatística.....	23
III – RESULTADOS.....	27
3.1- Análise Geral dos Dados	27
3.2- Análise Exploratória dos Dados.....	29
3.3- Confiabilidade.....	32
3.4- Validade do constructo	33
3.5- Resultados da escala obtida segundo o sexo, regularidade de ida ao Dentista, motivo da consulta e idade dos utentes	35
3.6- Resultados de cada um dos componentes quanto à escala de satisfação dos utentes.....	38
IV – DISCUSSÃO	43
4.1- Análise geral dos dados e composição da amostra	43

4.2- Análise do questionário: Confiabilidade e validade. Definição da escala de satisfação dos utentes	45
4.3- Definição e análise das componentes para a escala obtida de satisfação dos utentes	46
4.3.1- Satisfação do utente quanto ao acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio	49
4.3.2- Satisfação do utente quanto à qualidade do clínico e tratamento	49
4.3.3- Satisfação do utente quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos	50
4.3.4- Satisfação do utente quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista.....	52
4.3.5- Satisfação do utente quanto à perceção de problema resolvido	53
4.3.6. Comparação do Grau de satisfação nas 5 componentes principais.....	54
4.4- Limitações inerentes ao presente ensaio	55
V – CONCLUSÃO	56
VI- PUBLICAÇÕES EFETUADAS NO ÂMBITO DESTA TESE	60
VII – BIBLIOGRAFIA	61
IX – ANEXOS	68
Anexo 1 – Questionário Elaborado e Aplicado nesta Tese de Dissertação	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Imagem descritiva da escala de satisfação, (a) comparação de valores da escala de satisfação entre sexo (b), por regularidade de idas ao Médico Dentista (c) e o motivo da consulta (d)..... 36

Figura 2 – Diagrama de dispersão da relação entre a idade (anos) dos pacientes e a escala de satisfação 37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Composição da Amostra por Género.....	43
Gráfico 2 – Composição da Amostra por Motivo de Consulta	43
Gráfico 3 – Composição da Amostra por Regularidade de ida ao Médico Dentista	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Recomendações em sete passos para promoção de segurança e qualidade no atendimento de pacientes, no âmbito do “patient safety”3

Quadro 2 – Definição de componentes em estudo, conforme questões avaliadas no questionário (redução da complexidade dos dados através da definição de um menor número de variáveis não correlacionadas)47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estudo descritivo das variáveis género, idade, regularidade e motivo da consulta	27
Tabela 2 – Estudo descritivo da Idade segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta	28
Tabela 3 – Análise descritiva das respostas ao inquérito realizado aos pacientes.....	30
Tabela 4 – Estimativa do coeficiente alfa de Cronbach	32
Tabela 5 – Variação total explicada e o coeficiente de confiabilidade por cada componente extraído	33
Tabela 6 – Itens retidos em cada fator extraído após a rotação oblíqua	34
Tabela 7 – Estudo descritivo da escala segundo o género, a regularidade de ida ao Médico Dentista e o motivo da consulta	35
Tabela 8 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 1 (acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio) segundo o sexo, a regularidade e o motivo da consulta.....	39
Tabela 9 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 2 (qualidade do clínico e tratamento) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta	39
Tabela 10 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 3 (condições físicas da clínica) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta.....	40

Tabela 11 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 4 (aspetos interpessoais na interação paciente-MD) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta	40
Tabela 12 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 5 (perceção de problema resolvido) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta.....	41
Tabela 13 – Correlação de cada uma das 5 componentes da escala de satisfação com a idade do paciente	41
Tabela 14 – Comparação “relativizada” de cada uma das 5 componentes da escala de satisfação	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACP – Análise de Componentes Principais

CED – Council of European Dentists

FCS-UFP – Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

GPRS – General Packet Radio Service

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MD – Médico Dentista

NHS – National Health Service

NPSA – National Patient Safety Agency

NRLS – National Reporting and Learning Services

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

I – INTRODUÇÃO

1 – Contextualização do parâmetro “satisfação do paciente” no âmbito da “segurança do paciente” em Medicina Dentária

Atualmente, verifica-se uma crescente sensibilização e reconhecimento da segurança do paciente como um fator vital na área da saúde. Como tal, os profissionais de saúde deparam-se com uma necessidade constante de aprender e compreender como gerir e lidar com os eventos adversos, garantindo ao mesmo tempo um alto grau de satisfação e de resposta às expectativas do paciente (Vianna 2011).

Promove-se a segurança do paciente como uma dimensão chave de cuidados de qualidade, sendo esta vertente progressivamente integrada na educação dos profissionais de saúde (Okuyama and Ayako 2011).

Assim sendo, os profissionais, conscientes da segurança do paciente, são capazes de atender às demandas ambientais complexas dos dias de hoje, mantendo como objetivo principal a satisfação do paciente (Brennan et al. 1991).

Os resultados dos cuidados de saúde têm avançado significativamente com as descobertas científicas da medicina moderna. No entanto, estudos de vários países mostram que, com esses benefícios, podem ocorrer riscos ou efeitos adversos significativos, condicionando a segurança do paciente. É de realçar que o conhecimento da segurança do paciente não pode ser empírico, pois deve ser aplicado a todas as áreas da prática clínica de todas as profissões, tendo em atenção o grau de satisfação do paciente quanto ao atendimento e tratamento aplicado (WHO 2011).

Nos últimos anos, a segurança do paciente surge como um tema incontornável que, de forma crescente, tem dominado a agenda das políticas de saúde em muitos países sendo também um assunto central na estratégia de várias organizações internacionais (Sousa 2006).

Atendendo a que a segurança e a satisfação são princípios fundamentais nos cuidados de saúde prestados aos doentes/utentes e componentes críticos da gestão da qualidade dos serviços, a melhoria deste complexo sistema exige um maior empenho na segurança ambiental e na gestão de riscos, incluindo o controlo de infeções, a segurança na utilização de medicamentos e na prática clínica, entre outros fatores. Desta forma, esta temática abrange as várias áreas de prestação de cuidados de saúde e requer uma abordagem multifacetada, no sentido de identificar e gerir atuais e potenciais riscos para a segurança dos pacientes, assim como determinar formas de avaliação da sua satisfação em relação aos cuidados prestados (Leape et al. 2002).

Sabendo que podem ocorrer insucessos quanto à segurança do paciente, este problema deve encarar-se como tendo um carácter multifatorial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO 2011), para a ocorrência de um evento adverso ou dano no doente é necessária a conjugação de diversos erros, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos doentes, entre outros. O problema é então, na maioria das vezes, desencadeado por múltiplos fatores que podem dar origem a deficiências ou resultar em falhas no atendimento ao paciente (WHO 2011).

Assim, foram lançadas estratégias, adotadas em diferentes países, que assentam numa cultura de aprendizagem, em detrimento de uma cultura de culpabilização (*learning culture not blaming culture*), onde se destaca a análise da origem do problema (*root cause analysis*) e é reforçada a importância da liderança e envolvimento de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde (*Strong leadership and an organization's ability to listen to all members of the healthcare team*) (Lewis and Fletcher 2005).

Com estas estratégias, a *National Patient Safety Agency* desenvolveu um documento onde estão definidos sete passos essenciais (Quadro 1) que devem ser adotados, com o objetivo primordial de melhorar a segurança e a qualidade dos serviços prestados. A implementação desta estratégia não garante que a ocorrência de eventos adversos ou danos sejam evitados nem que o paciente fique satisfeito. No entanto, permite assegurar que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possível, com a qualidade

necessária para garantir satisfação e que, em situações onde algo possa correr mal, sejam tomadas as ações corretivas necessárias de modo a melhorar a evidência e/ou o conhecimento (NPSA 2009).

Quadro 1 – Recomendações em sete passos para promoção de segurança e qualidade no atendimento de pacientes, no âmbito do “patient safety” (adaptado de (NPSA 2009).

<p>Passo 1</p> <p>- Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa.</p> <p>Passo 2</p> <p>- Assegurar uma liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos pacientes e reportar</p> <p>Passo 3</p> <p>-Integrar as atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas.</p> <p>Passo 4</p> <p>-Promover a comunicação dos eventos adversos, assegurando que os profissionais de saúde possam facilmente, e sem receios, comunicar incidentes.</p>	<p>Passo 5</p> <p>-Comunicar com os pacientes, desenvolvendo formas para abordar e auscultar os pacientes sobre eventos adversos.</p> <p>Passo 6</p> <p>-Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a fonte dos problemas e as causas que estão subjacentes. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes.</p> <p>Passo 7</p> <p>-Implementar soluções, de forma a prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os profissionais de medicina dentária estão empenhados em prestar cuidados dentários em segurança, o que é essencial para garantir um bom estado de saúde geral e para procurar minimizar riscos e assegurar uma cultura aberta de segurança do doente, onde os Médicos Dentistas podem aprender através da partilha de experiências (CED 2008).

A definição de satisfação, descrita por Linder-Pelz, recai na teoria sociopsicológica de que a satisfação é a expressão de uma atitude, ou seja, uma resposta afetiva que está relacionada com a crença de que o serviço deve possuir certos atributos (componentes/dimensões) e, assim, a satisfação é definida como avaliações positivas do indivíduo acerca de dimensões distintas do serviço de saúde.

Este é um complexo atributo e é estabelecido de acordo com as expectativas do utente (Mendonça and Guerra 2007).

Em suma, a contextualização da satisfação pode constituir um parâmetro de avaliação da segurança do utente, tendo em conta o contexto de comunicação entre entidades, e apresenta-se como uma temática atual e de grande relevância nas várias áreas de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na Medicina Dentária.

2 – Importância do desenvolvimento curricular em termos da área de comunicação entre profissionais de Medicina Dentária e pacientes

Vários estudos internacionais recentes concluíram que é necessário tomar medidas para reduzir o número de efeitos adversos que ocorrem no setor da saúde. Muitos organismos internacionais, como por exemplo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e o Conselho da Europa, procuram identificar os riscos para a segurança do doente e desenvolvem recomendações para ajudar a prevenir efeitos adversos (CED 2008).

Para garantir a abordagem do tema do “*patient safety*”, a OMS emitiu uma série de diretrizes curriculares que devem ser introduzidas na formação académica de todos os profissionais de saúde a nível mundial, uma vez que a segurança do paciente é um problema global.

O tema da segurança do paciente deve ocorrer durante todo o ensino e formação profissional. Hábitos e comportamentos de segurança do paciente devem começar no momento em que o aluno entra num hospital, clínica ou serviço de saúde. Este tipo de aprendizagem vai proporcionar ao futuro profissional de saúde que este compreenda a importância de se concentrar em cada paciente, reconhecendo-o como um ser humano único e utilizar os seus conhecimentos e habilidades com cuidado (Greiner and Knebel 2003).

A Medicina hipocrática baseava-se inteiramente na relação médico-doente e alicerçava-se na obrigação do Médico em usar toda a sua arte para tratar o doente e nunca com intenção de lhe provocar qualquer dano (Reason et al. 2001).

Portanto, torna-se assim necessário identificar as áreas de atuação, hierarquizar as intervenções, identificar e avaliar indicadores que possam limitar ou impossibilitar essas intervenções, em termos de efetividade e eficácia das mesmas. Foi então proposto pela OMS uma estratégia que constitui um quadro de referência global que possibilita a integração, a articulação e a orientação da ação dos diversos profissionais de saúde, incluindo os Médicos Dentistas, desenvolvido com o objetivo primordial de reduzir ao

máximo a probabilidade de ocorrência de danos nos pacientes e, consequentemente, contribuir para a prestação de cuidados de saúde de excelência, tentando preservar o parâmetro de satisfação do utente (Sousa 2006) .

O “*patient safety*” pode definir-se como a necessidade de reduzir os danos e o sofrimento dos pacientes, garantindo-lhes um atendimento eficiente, confortável e seguro (Gosbee 2002).

Tendo em conta a diversidade de profissionais de saúde que trabalham em conjunto (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Farmacêuticos e outros profissionais de saúde aliados), torna-se necessário implementar um sistema de atendimento que permita a difusão completa e atempada da informação do paciente, facilitando a sua compreensão a todos os profissionais de saúde envolvidos, de forma a garantir um atendimento seguro ao paciente (Walton et al. 2006).

A segurança do paciente é um assunto do interesse de todos, desde os pacientes aos políticos. Assim sendo, é fundamental que os formandos das diversas áreas da saúde sejam orientados, informados e habilitados para aplicar corretamente os princípios e conceitos da segurança do paciente (WHO 2011).

Segundo o *Council of European Dentists* (CED), algumas recomendações para organizações de estados membros em matéria de “*patient safety*”, devem procurar responder aos seguintes propósitos (CED 2008).

- (1) – Assegurar que a segurança do doente faz parte da licenciatura e das pós-graduações, para fortalecer uma cultura de segurança do doente nos cuidados médicos.
- (2) – Fomentar a consciencialização dos seus Dentistas sobre os vários elementos do seu desempenho profissional onde a segurança do doente pode ser comprometida.

- (3) – Incentivar os seus Dentistas e assistentes a participarem em ações de desenvolvimento profissional contínuo relativamente à segurança do doente, para manter as suas capacidades e conhecimentos atualizados.
- (4) – Certificar-se que os Dentistas possuem a capacidade linguística necessária para exercer a profissão no respetivo país, de forma a serem capazes de comunicar com os doentes e outros profissionais.
- (5) – Assegurar que os dados do doente são guardados em segurança e estão disponíveis para os profissionais de saúde, quando requisitados, de acordo com as leis nacionais.
- (6) – Assegurar o registo oficial das qualificações de Dentista. Garantir a transparência das qualificações e competências de todos os outros membros da equipa dentária, de acordo com o exigido pela lei nacional.
- (7) – Considerar a criação de “grupos de estudo” para disponibilizar um fórum aos Dentistas locais, onde seja possível discutir abertamente experiências e aprendizagens.
- (8) – Introduzir sistemas nacionais para que efeitos adversos, incidentes evitados por muito pouco e problemas com dispositivos médicos possam ser voluntária e anonimamente reportados, e assim permitir que todos os Dentistas aprendam com esta troca de experiências.
- (9) – Promover o Código Deontológico do CED, bem como o Código Deontológico nacional, já que valores éticos sólidos sustentam elevados padrões de qualidade e segurança.

Tendo em consideração a recomendação de comunicação entre profissionais de saúde e os utentes/pacientes e que o envolvimento do utente é uma parte vital da medicina moderna, os pacientes informados devem ser encorajados a tomar decisões que protejam e melhorem a sua saúde. Os pacientes têm um papel fundamental a desempenhar na escolha do profissional de saúde, no diagnóstico, no tratamento, assim como na

identificação de eventos adversos, de tal modo garantindo que o seu tratamento é administrado de forma adequada, monitorizada e finalizada (Vincent and Coulter 2002).

Se algo de errado ocorrer, para ajudar os pacientes a lidar melhor com as consequências, o profissional de saúde deve-se prontificar com uma explicação completa e honesta, juntamente com um pedido de desculpas, se assim for o caso (Gallagher et al. 2003).

Segundo o *National Patient Safety Agency*, algumas recomendações de boas práticas no âmbito do “*patient safety*” incluem (NPSA 2009):

1 – Compartilhar incidentes de segurança do paciente e auditorias de eventos significativos com o serviço nacional de informação e aprendizagem (NRLS (*national reporting and learning services*)), possibilitando que esta aprendizagem seja divulgada nacionalmente.

2 – Anotar eventos adversos, riscos e alterações, e incluí-los num relatório clínico anual.

3 – Partilhar com outros profissionais de saúde, funcionários e outras clínicas, incidentes e ações de segurança, através da organização de saúde a que pertence.

Pode assim percecionar-se que o desenvolvimento de ferramentas de comunicação, tal como a avaliação da satisfação e das expectativas dos pacientes, constitui um meio de análise da qualidade do atendimento e da consulta de Medicina Dentária, a qual pode ser incluída num relatório anual como uma medida de promoção de qualidade em saúde e boa prática clínica.

Quando falamos de qualidade em saúde, e em particular na Medicina Dentária, deve-se incluir os indicadores que medem aspetos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Estes indicadores são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois de receber ou não tratamentos, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma

instituição. Os indicadores do meio ambiente ou meio externo, são aqueles relacionados com as condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, económicos, políticos, legais, tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde. A estrutura é definida como a parte física de uma instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspetos relativos à organização, entre outros. Os processos são as atividades de cuidados realizados para com um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas às infraestruturas para promover meios para atividades-fins como ambulatório/urgência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica clínica (Bittar and Nogueira 2008).

A avaliação da satisfação dos utentes, no âmbito da temática do “*patient safety*”, constitui um indicador de imagem para utilização interna da entidade, que possibilita a avaliação da qualidade resultante dos processos, como também influencia na escolha do utente/paciente por determinada entidade/serviço médico-dentário ou na libertação de recursos por parte de entidades gestoras destes serviços de saúde. Medir o critério “satisfação” é conhecer a imagem perante o público, a fidelização dos utentes e o balanço social que assinala que a entidade/instituição está respondendo às necessidades da comunidade. A satisfação do paciente está tornando-se cada vez mais um indicador importante da qualidade de atendimento em Medicina Dentária. A satisfação do paciente com este tipo de atendimento tem uma importância acrescida em relação a uma associação entre a satisfação com o cuidado e o comportamento do paciente, em termos de conformidade e utilização de serviços. A satisfação do paciente é um conceito multidimensional, no qual algumas dimensões identificadas de satisfação de atendimento em Medicina Dentária são: os aspetos técnicos ou de cuidados relacionados com o processo de diagnóstico e tratamento; aspetos interpessoais; acessibilidade/disponibilidade; acesso financeiro; eficácia/resultados; continuidade dos cuidados; instalações; e atitudes gerais sobre cuidados em geral (Mascarenhas 2001).

Sheiham et al. observaram que colocando ênfase indevido sobre os aspetos técnicos das necessidades dos pacientes impede que seja dada a devida atenção às atitudes e aos comportamentos dos mesmos, e que qualquer avaliação das necessidades dos pacientes deve incluir as percepções dos mesmos (Sheiham et al. 1992). Vários autores têm

indicado que a satisfação do paciente com os cuidados de saúde oral pode também ser influenciada pelas características do sistema de entrega, pelo resultado, pela disponibilidade e acessibilidade dos cuidados, por aspetos financeiros, pela continuidade dos cuidados, por fatores interpessoais e pela dor associada ao cuidado (Mascarenhas 2001; Unell et al. 2001). Outros fatores que podem influenciar a satisfação ou insatisfação do paciente com o tratamento de saúde oral recebido incluem preferências, expectativas de tratamento; fatores sociodemográficos, especialmente faixa etária e nível de escolaridade; e condições de saúde oral (Butters and Willis 2000). A soma das perceções de um paciente é comparável a uma medida da sua satisfação geral (Esa et al. 2006).

O conhecimento das expectativas do paciente é importante na medida em que ajuda os Médicos Dentistas a modificar o processo de prestação de serviços, os resultados dos serviços para atender às expectativas e gerir ativamente as expectativas do paciente de forma a possibilitar que estas sejam coincidentes com o serviço a ser prestado (Oketade et al. 2013).

3 – Instrumentos disponíveis para a comunicação entre os profissionais de Medicina Dentária e os pacientes

3.1 – Conceitos gerais

Uma comunicação eficaz com os pacientes é uma parte essencial da prática clínica em Medicina Dentária. Por alterações demográficas e económicas os Médicos Dentistas, tal como outros profissionais de saúde, têm que ter a capacidade de comunicar de forma eficaz com pacientes de diversas raças, etnias, proveniências linguísticas socioeconómicas e culturais. Essa capacidade será necessária para reduzir as disparidades nos cuidados de saúde oral e os resultados de saúde oral (Wagner et al. 2007). A redefinição do paciente como um consumidor dos serviços de saúde deu maior impacto à avaliação do parâmetro “satisfação” (Mendonça and Guerra 2007).

Para informação sobre saúde e doenças, em geral, a Internet é uma fonte gigantesca, onde qualquer utente pode procurar informação. O paciente pode pesquisar e aprender sobre as características de certas doenças (causa, sintomas, critérios de diagnóstico) e os fármacos disponíveis para tratamento da doença (eficácia, dosagem, efeitos colaterais) (Reimann and Strech 2010).

Adicionalmente a esta informação sobre as doenças e medidas médicas, a satisfação dos pacientes com os profissionais, os Médicos, pode também ser relevante para os objetivos primários da medicina. Para tal, é necessário reconhecer e fornecer informação sobre a satisfação dos utentes (Browne et al. 2010; Corrigan and Burstin 2007; Elwyn et al. 2007). Entretanto, uma pesquisa de serviços de saúde, criticou recentemente o conceito de satisfação do paciente devido à sua fonte inerente de viés. Os pacientes, por exemplo, podem descrever elevados níveis de satisfação, ao mesmo tempo que descrevem experiências que são de qualidade inferior. Assim, tendo em conta as limitações das pesquisas de satisfação dos pacientes, existe uma tendência recente nas pesquisas de serviços de saúde, favorecendo perguntas sobre as experiências dos pacientes (Jenkinson et al. 2002).

Apesar da grande quantidade de pesquisas ativas e publicações científicas no campo da experiência e satisfação dos pacientes (Browne et al. 2010; Jenkinson et al. 2002; Salisbury et al. 2010), existe muito pouca informação disponível sobre experiência e satisfação a respeito de Médicos individualmente ou de entidades, como hospitais (Lagu et al. 2010).

Em 2012, Nagykaldi e colaboradores realizaram um estudo acerca da criação de um portal de avaliação de bem-estar em saúde, na Internet, que se focava em aspetos relacionados com bem-estar, prevenção e saúde de carácter longitudinal. Este ensaio pretendeu determinar o impacto promovido pelo *website* na prestação de cuidados de prevenção centrados no paciente através da análise do comportamento e experiências de ambos, dos pacientes e dos Médicos de cuidados primários, do grau em que se recomenda os serviços e se estes foram individualizados e fornecidos. O portal criado pretendia integrar-se na vida quotidiana do paciente, orientando-o no sentido da prevenção de doenças e reforçando a importância de *check-ups* regulares. Para isso, o portal teria acesso à idade do paciente, profissão, estado civil, regularidade de atividade física, doenças existentes e tipo de alimentação. Quando questionados sobre o impacto do portal e o envolvimento dos pacientes, os Médicos sugeriram que este ajudava os pacientes a lembrarem-se de realizar análises bioquímicas, cuidados de saúde previamente marcados, consultas marcadas e que o portal poderia ser útil para promover maior e mais frequente participação dos utentes no âmbito da saúde (Nagykaldi et al. 2012).

A informação sobre a experiência do paciente e satisfação com os Médicos, a título profissional, pode desempenhar um papel importante nas medidas de desempenho e na melhoria dos cuidados de saúde. Os *sites* de classificação do Médico podem ter o potencial de serem uma fonte amplamente disponível para este tipo de informação. Contudo, a experiência do paciente e satisfação são compostas por múltiplas dimensões. A maneira pelo qual estes *sites* de classificação permitem aos utilizadores se expressar e avaliar a experiência do paciente e satisfação provavelmente poderia influenciar a imagem dos Médicos na sociedade e a auto compreensão de ambos, os Médicos e pacientes (Reimann and Strech 2010).

Reimann e colaboradores, efetuaram uma revisão sistemática acerca dos Instrumentos de Medida da Satisfação e Experiência dos pacientes. Para tal, foram incluídos todos os instrumentos de medida que fornecessem pelo menos uma dimensão para medir a experiência ou a satisfação dos pacientes em geral e informações sobre a fiabilidade (confiabilidade do reteste, consistência interna) e validade. Consideraram o registo de competências de comunicação, competências essas que incluem a capacidade de ouvir, comunicar o diagnóstico ao paciente de forma adequada, informar o paciente sobre decisões e envolver o paciente no processo de exame e tratamento. Mesmo que haja alguma sobreposição entre as dimensões da comunicação e da relação médico-paciente, os autores consideraram possível e produtivo manter uma distinção (Reimann and Strech 2010).

A AAMC (American Association of Medical Colleges) também enfatiza essa distinção, entre as competências de comunicação e competências interpessoais (Fan et al. 2005). Segundo esta associação as competências comunicativas incluem acima de tudo uma escuta eficaz, um questionamento apropriado e direcionado no fornecimento de informação. As qualidades interpessoais são vistas mais no estabelecimento de uma relação de confiança (Duffy et al. 2004).

Mais recentemente, Mosa e colaboradores estudaram os *smartphones* como instrumento de comunicação entre Médicos e pacientes. Os *smartphones* suportam vários meios de comunicação, incluindo chamadas de voz, chamadas de vídeo, mensagens de texto, mensagens de correio eletrónico, multimédia (texto, imagem, vídeo) e aplicações. O uso dos telemóveis como meio de comunicação entre profissionais de saúde para comunicar sobre os utentes pode facilitar a transmissão de informação importante, reduzir tempo de espera e potencialmente reduzir o risco de erros médicos. Por outro lado, os autores repararam que os pacientes estão a utilizar as aplicações criadas para estes *smartphones*, e que as mesmas podem fornecer aos utentes sugestões de um especialista, informação sobre o seu estado de saúde (obesidade, diabetes) e informação sobre doenças. Isto tudo com base na informação cedida pelo paciente ao entrar numa aplicação do género. Os dados do paciente são enviados a partir do *smartphone*, através de uma ligação GPRS, para um computador médico e analisados. Os autores concluíram

que este tipo de aplicação pode facilitar a consulta assim como a comunicação entre Médico-paciente (Mosa et al. 2012).

3.2 – Metodologias e modelos de avaliação do parâmetro de satisfação

Na assistência à saúde, três componentes são considerados importantes: atenção técnica, relação interpessoal e ambiente físico, e a avaliação desses aspetos permite estimar a qualidade da atenção. É ainda necessário ter em consideração as características específicas do país e/ou região em que se desenvolve o processo (Mendonça and Guerra 2007)

A medição da satisfação do paciente quanto aos cuidados de saúde prestados não é de modo algum significativamente simples. A não ser que um questionário seja cuidadosamente elaborado e projetado, este poderá induzir um viés positivo, refletindo o desejo que o paciente possa ter em agradar, ao invés de demonstrar em que medida está verdadeiramente satisfeito e seguro. Embora não seja simples, elaborar um questionário válido com um sistema fiável é um trabalho empírico, que deve ter como finalidade a avaliação de um parâmetro global com itens característicos, tendo em conta que um questionário deve ser validado e ter um índice de fiabilidade calculado como parte do estudo (Hankins et al. 2007).

Em iniciativas de desenvolver futuros questionários, a consulta de estudos que já examinaram avaliações deste parâmetro com utentes pode ser útil. O Instituto de Medicina, em 1999, desenvolveu nove domínios acerca dos cuidados com pacientes a partir dos quais se deve desenvolver um questionário. Os nove domínios relacionam-se com a avaliação de diversos aspetos, a saber: respeito pelos valores do paciente; atenção quanto às preferências do paciente e necessidades expressas; a coordenação e integração de cuidados; informação; comunicação; educação; conforto físico, apoio emocional, envolvimento da família e dos amigos; transição e continuidade; acesso aos cuidados (Castle et al. 2005).

As escalas de respostas destes instrumentos de avaliação incluem a medição qualitativa do serviço (por exemplo, Mau, Regular, Bom, Muito Bom, Excelente) (Jackson et al.

2001), a frequência (por exemplo, Constantemente a Nunca) (Castle et al. 2005), satisfação (por exemplo, Muito Satisfeito a Muito Insatisfeito) (Sur et al. 2004) ou através de uma escala de concordância (por exemplo, Concordo Bastante a Discordo Bastante) (Mascarenhas 2001).

Para além destes fatores, as características de apresentação de como os instrumentos de pesquisa podem ser aplicados, ou seja, o método de execução, constituem também fatores essenciais. O instrumento de pesquisa, neste caso o questionário, pode ser entregue no início ou no final do cuidado de saúde prestado. Mas existem outros modos de aplicar o questionário ao paciente: este pode ser entregue diretamente; ser enviado por correio ou correio eletrónico; encontrar-se disponível numa plataforma *online* ou ser aplicado por telefone (entrevista) (Castle et al. 2005).

A recolha dos questionários também pode ser efetuada de vários modos. O questionário pode ser entregue ao clínico que o aplicou ou numa “*drop-box*”, estando selado num envelope não marcado para garantir anonimato (Mascarenhas 2001), pode ser enviado ao clínico via correio (Tamaki et al. 2005) e nos casos de via eletrónica enviado do mesmo modo (Castle et al. 2005).

Instrumentos mais longos podem ser vantajosos, pois podem fornecer informações mais detalhadas sobre cada item a avaliar, não devendo ser muito extenso, pois a inclusão de muitas perguntas pode prejudicar as taxas de respostas. Uma abordagem alternativa para estender o comprimento do instrumento é a utilização de um conjunto de perguntas breves, seguidas por uma série de questões mais específicas e mais relevantes (Stewart and Spencer 2005).

3.3 – Modelos do inquérito/questionário

A maioria das investigações relacionadas com a satisfação dos pacientes tende a ser baseada num questionário que os investigadores desenvolveram. Os questionários de satisfação do paciente podem tomar uma de duas formas: podem ser relacionados com um episódio específico ou podem ser mais gerais, em termos do foco das perguntas. Um questionário mais específico terá perguntas mais minuciosas, como por exemplo, "O

Médico Dentista explicou-lhe o diagnóstico ou tratamento de forma clara?”. Já uma versão mais generalista deveria conter questões do género "Entendeu o diagnóstico e o tratamento?". A escolha vai depender, em parte, do tipo de informação que pretendemos encontrar com a nossa pesquisa (Fitzpatrick 1991).

A maioria dos questionários fornece duas ou mais respostas alternativas por questão, por exemplo, os entrevistados podem ter como hipótese "muito satisfeito" ou "muito insatisfeito", ou então, com uma escala maior, onde podem seleccionar a partir de “discordo bastante” até “concordo bastante”. Assim, é proporcionado ao paciente um maior leque de respostas, de forma que este possa expressar a sua satisfação exata (Atkinson and Lennox 2006) .

Os questionários mais avançados tendem a ser desenvolvidos a partir de princípios de medição mais gerais. Com isso, vários itens diferentes podem ser abordados sobre uma questão, na forma de uma escala de Likert, em que, usualmente, cada item é composto por cinco a sete respostas que recebem uma pontuação numérica. A análise psicométrica mostrou que escalas de Likert somadas são mais confiáveis do que os itens individuais (Hojat et al. 2011).

A pesquisa de informação pode também incluir as "variáveis de base", isto é, as variáveis sociais e demográficas. Estas têm particular importância na pesquisa da satisfação do paciente, pois variáveis como idade, sexo, escolaridade, classe social e estado civil podem exercer forte influência sobre os níveis de satisfação (Stewart and Spencer 2005).

Um estudo de desenvolvimento e validação do instrumento de medida da satisfação do paciente deve garantir o consentimento dos questionados, a confidencialidade e o anonimato das respostas (Mendonça and Guerra 2007). Fitzpatrick refere que os dois princípios gerais mais importantes que precisam de ser respeitados, quando se aplica um questionário são: o anonimato e a confidencialidade das respostas dos pacientes, assim como, a neutralidade do investigador que recolhe os dados. Ambos devem ser salvaguardados para maximizar a sinceridade das respostas (Fitzpatrick 1991).

A recolha dos dados pode ser feita através da criação de um novo instrumento, ou seja, a construção de um novo questionário. Pode ser utilizado um questionário já existente sem o modificar ou aplicar um questionário criado por outros autores, modificando-o ao modo do investigador atual. A literatura argumenta que a modificação de um instrumento existente afetará a validade e/ou a confiabilidade do mesmo. No entanto, não existe orientação no grau de modificação necessário para que seja exigida uma nova avaliação do questionário. Por outro lado, existem lacunas de evidências na literatura de que a mudança de um item possa afetar a validade de um questionário, do mesmo modo que não é garantido que a redução de um questionário de 50 itens para 16 itens possa diminuir a sua validade (...) Stiza propõe que, sempre que possível, se deva utilizar um instrumento válido e confiável existente sem o modificar ou, caso seja necessário proceder a alguma modificação, que os investigadores devam proceder a uma avaliação explícita da modificação para determinar se é ou não necessário realizar mais testes de validade e confiabilidade (Stiza 1999).

3.4 – Validação dos inquéritos

Um fator chave aquando da aplicação de um inquérito é a qualidade do instrumento de avaliação em termos de validade e confiabilidade (Hojat et al. 2011).

A estatística descritiva e as estimativas de confiabilidade e validade devem ser calculadas para o instrumento ou inquérito a aplicar. A confiabilidade possibilita avaliar o grau de consistência interna das medidas obtidas e deve refletir o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do instrumento. A validade permite avaliar a validade das medidas obtidas com o instrumento, devendo ser realizadas simultaneamente as validações de conteúdo e da construção do inquérito. Como referência, essas validações podem já ter sido utilizadas na análise psicométrica de instrumentos em outros estudos da satisfação do paciente (Mendonça and Guerra 2007).

Validade e confiabilidade são assim dois conceitos que atribuídos a um questionário confirmam que esse instrumento mede realmente aquilo que é suposto medir. Para tal, podem realizar-se testes de validade ou de validação, isto é, testes que confirmam uma

tentativa de apoiar a hipótese e supor que os itens específicos do instrumento são uma representação clara do conceito em estudo. Existem dois elementos básicos para a validação de um questionário. Primeiro, o instrumento deve conter questões de todos os fatores ou variáveis importantes para a satisfação e deve ser construído adequadamente para incluir esses fatores (validade de conteúdo). Em segundo lugar, o ensaio deve demonstrar em que medida os resultados obtidos refletem o verdadeiro grau de satisfação dos inquiridos (Stiza 1999).

Para um questionário ser minimamente válido deve ser construído com uma escala com pelo menos cinco pontos de resposta. Cinco é o número mínimo de categorias sugeridas por uma análise da relação entre o número de categorias e confiabilidade. Por exemplo, uma escala de cinco pontos, de Likert (1 = insatisfeito, 2 = pouco satisfeito, 3 = bastante satisfeito, 4 = satisfeito e 5 = muito satisfeito) (Kleefstra et al. 2012).

4 – Objetivos

Diante da lacuna de consenso na literatura sobre os componentes que devem fazer parte integrante de um questionário de satisfação de utentes da Medicina Dentária e, ainda, da falta de uniformização nos estudos já realizados, expressa nas diversas abordagens metodológicas descritas na literatura, este ensaio piloto tem o propósito de desenvolver e testar um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Medicina Dentária, com a pertinente contextualização de uma clínica pedagógica Universitária de Medicina Dentária Portuguesa e, adicionalmente, confirmar os principais indicadores de satisfação que o paciente reconhece quando forma a sua opinião sobre a assistência recebida. A análise dos dados recolhidos tem como principal objetivo observar e descrever aspetos característicos de uma determinada população e avaliar a sua satisfação em relação à sua segurança e aos cuidados médico-dentários prestados na Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Assim, e de acordo com o descrito, este trabalho tem ainda como propósitos :

- Efetuar uma revisão narrativa relacionada com a temática e desenvolver ferramentas de comunicação com o paciente na perspetiva “satisfação como parâmetro de avaliação da segurança do paciente, enumerando os princípios essenciais da segurança do paciente.
- Efetuar um ensaio piloto, mediante a aplicação de um questionário de avaliação da satisfação dos utentes de Medicina Dentária, no contexto referido.

II – MATERIAIS E MÉTODOS

1 – Fundamentação teórica e pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica foi efetuada através das bases de dados *b-on*, *Pubmed* e *Lilacs*, utilizando as palavras chave: “*patient safety*”; “*patient satisfaction*”; “*patient safety AND patient satisfaction*”; “*patient satisfaction AND questionnaires*”; “*patient safety AND questionnaires*”; “*patient satisfaction survey*”; “*patient safety AND communication tools*”; “*patient satisfaction AND communication tools*”. Na metodologia de pesquisa, foram valorizados artigos científicos de revisão sistemática, revisão narrativa e estudos controlados, em que foram aplicados inquéritos de satisfação de utentes em áreas da saúde. Não foram aplicados limites temporais na pesquisa bibliográfica.

2 – Ensaio Piloto sobre avaliação da satisfação dos utentes de Medicina Dentária mediante aplicação de inquérito

O ensaio piloto caracterizou-se como um estudo descritivo com base no método qualitativo e teve o propósito de desenvolver e testar um instrumento de medida da satisfação do utente com a Medicina Dentária, contextualizado à população que frequenta a Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, bem como confirmar os principais indicadores de satisfação que o paciente reconhece quando forma a sua opinião sobre a assistência recebida.

2.1 – Construção do instrumento de medida (escolha de itens)

Foram consultados os dois estudos (survey 2005) com questionários da satisfação do utente relacionados com a Medicina Dentária .

Foram listadas 44 questões consideradas relevantes para avaliação da satisfação do paciente nesta área. Um painel de 3 investigadores, entre docentes da Universidade e investigadores, julgou a pertinência destas questões/itens para o constructo. Destas questões, 13 foram consideradas inaplicáveis à população em estudo, e outras foram adaptadas.

A aplicação do inquérito/escala de satisfação com 31 itens é um instrumento que dará origem a um inquérito/escala de satisfação final. Para o refinamento da escala foram usados os critérios: coeficiente alfa de Cronbach do instrumento vs instrumento com cada item eliminado correlação do item com os restantes itens da escala; redundâncias; e atenção a questões não respondidas (com elevada taxa de não resposta) (Hair et al. 2006).

2.2 – Procedimento

O estudo foi desenvolvido com base numa amostra de 268 utentes da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da FCS-UFP. Para participar na pesquisa, apenas era necessário que o utente manifestasse disponibilidade para responder ao inquérito e respeitasse os seguintes critérios de inclusão: ser adulto (idade superior a 18 anos); não ser a primeira consulta e saber ler e escrever.

O questionário (anexo 1) foi administrado nos meses de maio, junho e julho de 2012. Este é constituído por 31 questões fechadas (escala de Likert com 5 categorias, 1= discordo bastante, 2= discordo ligeiramente, 3= nem discordo nem concordo, 4= concordo ligeiramente, e 5= concordo bastante), nas quais são abordadas as seguintes categorias: Obtenção de consulta; Secretariado; Sala de Espera; Clínica; Médico Dentista; e Custo. Adicionalmente, também foram registados dados sociodemográficos, tais como idade e género, dados relativos à frequência com que o utente vai ao Médico Dentista e dados referentes ao tratamento que recebeu naquela consulta.

Os pacientes respondiam ao questionário após o término da consulta. Foi pedido aos alunos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do 4º e do 5º ano para, se necessário, auxiliarem os pacientes no seu preenchimento, sem interferirem no processo de resposta, nem atribuir um carácter obrigatório ou constrangimento. Foi assegurado ao paciente total privacidade e sigilo.

Depois de preenchidos os questionários, estes eram entregues à pesquisadora de campo, dentro de um envelope selado.

Este estudo enquadra-se na modalidade de risco mínimo investigacional e máximo sigilo para os seres humanos envolvidos e obteve a aprovação da comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

2.3 – Análise Estatística

Os dados resultantes do estudo de investigação foram transcritos para uma folha de cálculo do Microsoft Excel 2007 e foram tratados com o programa de análise estatística IBM© SPSS© Statistics vs. 21.

Foram calculadas estatísticas descritivas e estimativas de confiabilidade e validade para o instrumento/escala.

Confiabilidade

Foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach para avaliar o grau de consistência interna das medidas obtidas. Este coeficiente reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo assim de indicador da consistência interna do instrumento (Pasquali 2003).

Validade de conteúdo

Esta fase consistiu no exame sistemático do conteúdo do instrumento para assegurar que os diversos aspetos do constructo fossem abrangidos pelos itens do questionário, ou seja, sua representatividade (Hill and Hill 2002).

Validade do constructo

Para avaliar a validade de constructo, matrizes multitraço-multimétodo são inicialmente utilizadas para identificar a consistência da correlação interitens do instrumento de medida.

Para identificar a estrutura fatorial dos indicadores de satisfação, os dados foram submetidos à análise multivariada conhecida como análise fatorial.

Previamente à análise fatorial, foi realizado o teste de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para identificar se os dados ajustavam-se ao modelo fatorial. O método de extração utilizado foi a análise de componentes principais (ACP) (Hair et al. 2006).

Inicialmente, estabeleceu-se como critério apenas a retenção de fatores com valor próprio igual ou maior que um e cargas fatoriais maiores que 0,40. Foram extraídos doze fatores com valores próprios maior que um. As rotações oblíqua e varimax foram realizadas na tentativa de melhor interpretação destes. Nas duas formas de rotação, observou-se a mesma estrutura fatorial, sem apresentar de forma clara uma explicação teórica para as dimensões obtidas. O número extremamente elevado de fatores, assim como a pretensão de uma melhor interpretação, levou à pré-definição da extração de cinco fatores. Nesta fase, inicialmente também se testou a opção de seis fatores, mas o sexto fator apresentou um valor de confiabilidade (alfa de Cronbach) de aproximadamente zero, pelo que se abandonou a opção.

Em adição, utilizou-se o método de rotação oblíqua. Essa opção é preferida quando o objetivo da análise fatorial for extrair significados teóricos ou construtos e pressupõe uma relação entre os fatores (Hair et al. 2006).

Na variável “motivo de consulta”, apenas 2 indivíduos apresentam “prótese fixa”. Essa categoria foi reunida à “prótese removível”, criando uma única categoria, designada por “prótese” e a análise desta variável foi efetuada considerando esta alteração.

Os itens 11 (Tempo da consulta foi superior aquele esperado), 13 (Existe um grande tempo de espera para fazer testes/raio X), 14 (Tempo de espera para avaliação de testes/raio X foi demorado) e 29 (Custo dos serviços são elevados) foram aplicados/escritos de uma forma que implica, para efeitos de tratamento estatístico, terem que ser reclassificadas no sentido inverso, sendo que a classificação 5 nesse item passa de uma conotação negativa a ter uma conotação positiva, passando o código 1 (discordo bastante) a ser um 5 (concordo bastante).

O grau de satisfação dos utentes para cada um dos itens avaliado será classificado de Insatisfeito, Satisfeito e Muito Satisfeito, conforme o valor obtido nos itens que constituem cada componente (variáveis obtidas) para os 268 inquiridos. O “valor mínimo de satisfação” corresponde à média de respostas obtidas com valor mais baixo “1” da escala de Likert” Corresponde à classificação do utente como Insatisfeito para uma componente avaliada. O “valor intermédio de satisfação” corresponde à média de

respostas obtidas com valor médio “3” da escala de Likert corresponde à classificação do utente de Satisfeito para a componente avaliada. O “valor máximo de satisfação” corresponde à média de respostas obtidas com valor de “5” que é o valor máximo da escala de Likert, e corresponde à classificação do utente de Muito Satisfeito para a componente avaliada.

A escala de satisfação global foi obtida por adição das respostas obtidas nos 26 itens/questões que o método de análise fatorial reteve. Também foi calculada a satisfação medida em cada uma das 5 componentes da escala global, pelo mesmo processo, ou seja, somando as respostas obtidas nos itens/questões que constituem cada um dos 5 componentes.

As variáveis quantitativas idade e a escala de satisfação obtida foram descritas através das estatísticas média (\pm desvio padrão), mediana (percentis 25 e 75) e mínimo e máximo. A variável idade mostrou comportamento não normalmente distribuído, quer para todos os pacientes, quer quando divida por sexo ou regularidade de visita ao Médico Dentista e por motivo de consulta (Testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk). A comparação da idade por grupos foi analisada usando testes não paramétricos: por sexo, teste U de Mann-Whitney, e para as variáveis regularidade de visita ao Médico Dentista e motivo de consulta, usou-se o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 2). A escala de satisfação apenas mostrou não ter comportamento normal por sexo, sendo comparada com o teste U de Mann-Whitney, enquanto que para as categorias das duas outras variáveis mostrou apresentar distribuição aproximadamente normal, sendo então analisada através de ANOVA a 1 fator (Tabela 7). Um procedimento semelhante foi efetuado para o grau de satisfação avaliado em cada uma das 5 componentes (Tabela 8 a 12) da escala global.

Como a escala de variação da satisfação avaliada por cada componente varia conforme o número de itens (questões) avaliadas por esses mesmos componentes (a satisfação em cada componente é a soma das respostas obtidas em cada item/questão dessa componente), não é fácil uma comparação imediata entre o grau de satisfação que cada componente mede. Ou seja, por exemplo, a componente 1 pode variar entre 9 e 45 pontos, enquanto a componente 5 pode variar entre 2 e 10 pontos. Por isso, decidiu-se

relativizar o grau de satisfação médio global obtido em cada componente (para todos os participantes) pelo número de itens que a respetiva componente apresenta. E, quanto mais elevada é a média, mais elevado é o grau de satisfação medido por essa componente (embora possa ter itens com maior ou menor satisfação), enquanto que desvios padrão mais baixos mostram menor variabilidade no grau de satisfação global avaliada nessa componente (por todos os 268 participantes). Por se ter feito essa relativização, o leitor conseguirá observar, em termos médios, em que componente se obteve o maior grau de satisfação global (Tabela 14), mas poderá também ter uma ideia de que itens/questões mais contribuem para elevar ou diminuir esse grau de satisfação (consultando a tabela 6).

III – RESULTADOS

3.1 – Análise Geral dos Dados

A amostra em estudo é constituída por 268 pacientes que responderam ao inquérito (Anexo 1), com idade média de 46,1 ($\pm 16,3$) anos (Tabela 1), dos quais 124 são do sexo masculino (46,3%) e 144 são do sexo feminino (53,7%). A idade não apresenta diferença significativa por sexo (Tabela 2) (T. Mann-Whitney, $p=0,273$).

Tabela 1 – Estudo descritivo das variáveis género, idade, regularidade e motivo da consulta

	Todos [n (%)]	268 (100)
Género	Masculino [n (%)]	124 (46,3)
	Feminino [n (%)]	144 (53,7)
Idade (anos)	Média ($\pm dp$)	46,1 ($\pm 16,3$)
	Mediana (P25-P75)	48 (32,25-60,75)
	min-máx	18-77
Regularidade de ida ao Dentista	6 em 6 meses [n (%)]	86 (32,1)
	1 vez/ano [n (%)]	69 (25,7)
	2 em 2 anos [n (%)]	15 (5,6)
	Ocasionalmente [n (%)]	54 (20,1)
	Quando tem dores [n (%)]	44 (16,4)
Motivo da consulta	Destartarização [n (%)]	58 (21,6)
	Prótese [n (%)]	29 (11,8)
	Desvitalização [n (%)]	23 (8,6)
	Restauração [n (%)]	94 (35,1)
	Outro [n (%)]	64 (23,9)

Na tabela 2 pode-se verificar em mais pormenor a análise realizada das variáveis “género”, “regularidade de ida ao Dentista ” e “motivo da consulta”, em função da idade dos pacientes.

Tabela 2 – Estudo descritivo da Idade segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta

		Idade (anos)			
		Média (±dp)	Me (P25-P75)	min-máx	p
Todos		46,1 (±16,3)	48 (32,25-60,75)	18 - 77	
sexo	Masculino	47,3 (±15,7)	48 (33,25-61)	18 - 72	0,273*
	Feminino	45,1 (±16,8)	46 (30,25-59)	18 - 77	
regularidade	6 em 6 meses	44,0 (±16,0)	44 (30,5-56,5)	18 - 72	0,289**
	uma vez por ano	45,8 (±15,3)	47 (34,5-57)	18 - 74	
	de 2 em 2 anos	45,2 (±18,1)	39 (33-64)	19 - 77	
	ocasionalmente	46,7 (±15,9)	52,5 (35,5-60,25)	18 - 70	
	só quando tenho dores	50,3 (±18,1)	59 (32-65,5)	18 - 74	
motivo	Destartarização	45,5 (±15,1)	47 (32,75-57,5)	19 - 69	0,210**
	Prótese	49,6 (±15,0)	52 (39-60)	19 - 71	
	Desvitalização	52,8 (±14,7)	52 (44-62)	23 - 74	
	Restauração	44,4 (±17,5)	44 (28,75-62)	18 - 72	
	Outro	45,1 (±16,2)	45 (31-59)	18 - 77	
* Teste de Mann-Whitney; ** Teste de Kruskal-Wallis					

3.2 – Análise Exploratória dos Dados

Em primeira instância, foram analisadas (Tabela 3) as respostas a cada uma das questões que constituíam o questionário, com a respetiva percentagem e a indicação da mediana das respostas.

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

Tabela 3 – Análise descritiva das respostas ao inquérito realizado aos pacientes

Questão	Resposta	n	%	Mediana
Obtenção de Consulta				
1 Facilidade em ser visto por um Médico Dentista	discordo bastante	5	1,9	concordo bastante
	discordo ligeiramente	5	1,9	
	nem discordo nem concordo	23	8,6	
	concordo ligeiramente	68	25,4	
	concordo bastante	167	62,3	
2 Horário de atendimento adequado	discordo bastante	3	1,1	concordo bastante
	discordo ligeiramente	6	2,2	
	nem discordo nem concordo	31	11,6	
	concordo ligeiramente	54	20,1	
	concordo bastante	174	64,9	
3 Boa Localização da clínica	nem discordo nem concordo	29	10,8	concordo bastante
	concordo ligeiramente	92	34,3	
	concordo bastante	147	54,9	
4 Retorno das chamadas é rápido	discordo bastante	23	8,6	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	9	3,4	
	nem discordo nem concordo	46	17,2	
	concordo ligeiramente	67	25,0	
	concordo bastante	123	45,9	
Secretariado				
5 São simpáticos e atenciosos	discordo ligeiramente	3	1,1	concordo bastante
	nem discordo nem concordo	21	7,8	
	concordo ligeiramente	51	19,0	
	concordo bastante	193	72,0	
6 Sabem esclarecer as minhas dúvidas	nem discordo nem concordo	28	10,4	concordo bastante
	concordo ligeiramente	61	22,8	
	concordo bastante	179	66,8	
Sala de espera				
7 É Confortável	discordo bastante	6	2,2	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	10	3,7	
	nem discordo nem concordo	83	31,0	
	concordo ligeiramente	67	25,0	
	concordo bastante	102	38,1	
8 É Acolhedora	discordo bastante	7	2,6	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	12	4,5	
	nem discordo nem concordo	88	32,8	
	concordo ligeiramente	81	30,2	
	concordo bastante	80	29,9	
9 Tem Atividades/ revistas/ TV para ajudar a passar o tempo enquanto espero	nem discordo nem concordo	56	20,9	concordo ligeiramente
	concordo ligeiramente	95	35,4	
	concordo bastante	117	43,7	
10 Não tive muito Tempo de espera na sala de espera	discordo bastante	12	4,5	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	13	4,9	
	nem discordo nem concordo	36	13,4	
	concordo ligeiramente	81	30,2	
	concordo bastante	126	47,0	
Clínica				
11 Tempo da consulta foi superior aquele esperado*	discordo bastante	69	25,7	nem discordo nem concordo
	discordo ligeiramente	24	9,0	
	nem discordo nem concordo	74	27,6	
	concordo ligeiramente	49	18,3	
	concordo bastante	52	19,4	
12 A clinica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento	nem discordo nem concordo	14	5,2	concordo bastante
	concordo ligeiramente	75	28,0	
	concordo bastante	179	66,8	
13 Existe um grande tempo de espera para fazer testes/raio X*	discordo bastante	79	29,5	discordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	58	21,6	
	nem discordo nem concordo	21	7,8	
	concordo ligeiramente	31	11,6	
	concordo bastante	79	29,5	
14 Tempo de espera para avaliação de testes/raio X foi demorado*	discordo bastante	75	28,0	discordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	75	28,0	
	nem discordo nem concordo	24	9,0	
	concordo ligeiramente	33	12,3	
	concordo bastante	61	22,8	
15 O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada	discordo bastante	6	2,2	concordo bastante
	discordo ligeiramente	2	,7	
	nem discordo nem concordo	14	5,2	
	concordo ligeiramente	58	21,6	
	concordo bastante	188	70,1	

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

(Continuação) Tabela 3 – Análise descritiva das respostas ao inquérito realizado aos pacientes

Médico Dentista				
16 Foi impessoal e indiferente	discordo bastante	150	56,0	discordo bastante
	discordo ligeiramente	39	14,6	
	nem discordo nem concordo	6	2,2	
	concordo ligeiramente	24	9,0	
	concordo bastante	49	18,3	
17 Fui atendido por um Dentista pelo qual criei empatia	discordo bastante	44	16,4	concordo bastante
	discordo ligeiramente	20	7,5	
	nem discordo nem concordo	20	7,5	
	concordo ligeiramente	39	14,6	
	concordo bastante	145	54,1	
18 Sou sempre atendido pelo mesmo Médico(s) Dentista(s)	discordo bastante	82	30,6	nem discordo nem concordo
	discordo ligeiramente	36	13,4	
	nem discordo nem concordo	57	21,3	
	concordo ligeiramente	39	14,6	
	concordo bastante	54	20,1	
19 Soube escutar as suas queixas	discordo bastante	9	3,4	concordo bastante
	discordo ligeiramente	6	2,2	
	nem discordo nem concordo	26	9,7	
	concordo ligeiramente	51	19,0	
	concordo bastante	176	65,7	
20 Tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde	discordo bastante	4	1,5	concordo bastante
	discordo ligeiramente	10	3,7	
	nem discordo nem concordo	17	6,3	
	concordo ligeiramente	82	30,6	
	concordo bastante	155	57,8	
21 Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde / medicação	discordo bastante	3	1,1	concordo bastante
	discordo ligeiramente	5	1,9	
	nem discordo nem concordo	13	4,9	
	concordo ligeiramente	74	27,6	
	concordo bastante	173	64,6	
22 Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara	discordo bastante	1	,4	concordo bastante
	discordo ligeiramente	3	1,1	
	nem discordo nem concordo	22	8,2	
	concordo ligeiramente	57	21,3	
	concordo bastante	185	69,0	
23 Apresentou outras opções de tratamento	discordo bastante	33	12,3	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	8	3,0	
	nem discordo nem concordo	37	13,8	
	concordo ligeiramente	78	29,1	
	concordo bastante	112	41,8	
24 Senti confiança no tratamento efetuado	discordo bastante	5	1,9	concordo bastante
	nem discordo nem concordo	8	3,0	
	concordo ligeiramente	74	27,6	
	concordo bastante	181	67,5	
	discordo bastante	6	2,2	
25 Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal	nem discordo nem concordo	14	5,2	concordo bastante
	concordo ligeiramente	52	19,4	
	concordo bastante	196	73,1	
	discordo bastante	1	0,7	
26 Soube prescrever medicação (responder se lhe foi prescrito medicamento)	nem discordo nem concordo	5	3,7	concordo bastante
	concordo ligeiramente	31	23,0	
	concordo bastante	98	72,6	
	não respondeu	133		
	27 O Médico explicou-me claramente os custos da consulta	discordo bastante	42	
discordo ligeiramente		12	4,5	
nem discordo nem concordo		27	10,1	
concordo ligeiramente		57	21,3	
concordo bastante		130	48,5	
28 Aconselhou-me sobre a minha higiene oral	discordo bastante	10	3,7	concordo bastante
	discordo ligeiramente	3	1,1	
	nem discordo nem concordo	19	7,1	
	concordo ligeiramente	62	23,1	
	concordo bastante	174	64,9	
Custo				
29 Custo dos serviços são elevados*	discordo bastante	117	43,7	discordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	60	22,4	
	nem discordo nem concordo	29	10,8	
	concordo ligeiramente	27	10,1	
	concordo bastante	35	13,1	
30 O recibo discrimina os custos detalhadamente	discordo bastante	14	5,2	concordo ligeiramente
	discordo ligeiramente	23	8,6	
	nem discordo nem concordo	39	14,6	
	concordo ligeiramente	59	22,0	
	concordo bastante	133	49,6	
31 A clínica apresenta métodos e formas de pagamento adequados	nem discordo nem concordo	24	9,0	concordo bastante
	concordo ligeiramente	53	19,8	
	concordo bastante	191	71,3	

3.3 – Confiabilidade

O valor de alfa de Cronbach para as 31 questões foi de 0,625. Observou-se que a questão 26 (sobre se o Médico Dentista soube prescrever medicação) diminuía o número de inquéritos na análise, por não terem respondido 133 dos 268 participantes. Foi calculado um novo alfa de Cronbach para as 30 questões remanescentes e obteve-se um valor de 0,555. A eliminação das questões 11, 14, 16 e 29 (Tempo da consulta não foi superior aquele esperado; Tempo de espera para avaliação de testes/raio X não foi demorado; Foi impessoal e indiferente; Custo dos serviços não são elevados) elevou o coeficiente alfa de Cronbach para 0,616 (Tabela 4).

Tabela 4 – Estimativa do coeficiente alfa de Cronbach

Coeficiente alfa de Cronbach	Número de itens	Número de participantes
0,625	31	135
0,555	30	268
0,616	26	268

3.4 – Validade do constructo

O estudo da adequação da amostra (KMO= 0,655; teste de esfericidade de Bartlett, $p<0,001$) indicou a pertinência do modelo fatorial. Os cinco fatores pré-definidos explicaram 34,80% da variância total. Todos estes fatores retidos apresentam valores próprios superiores a um ($\geq 1,381$). Todos os itens do instrumento apresentaram cargas fatoriais maiores que 0,598, indicando grau de correlação relativamente elevado entre a variável e o fator considerável.

Os componentes extraídos, a variação explicada para cada fator e a variação acumulada, juntamente com os valores do coeficiente alfa de Cronbach para cada componente são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Variação total explicada e o coeficiente de confiabilidade por cada componente extraído

Componente*	Valor próprio	% de variância total explicada	% acumulada de variância total explicada	Alfa de Cronbach
1	3,062	11,776	11,776	0,661
2	1,721	6,620	18,396	0,449
3	1,463	5,628	24,023	0,345
4	1,419	5,459	29,482	0,239
5	1,381	5,313	34,795	0,312

*Componente 1: acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio (9 itens); Componente 2: qualidade do clínico e tratamento (4 itens); Componente 3: condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos (6 itens); Componente 4: aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista (5 itens). Componente 5: perceção de problema resolvido (2 itens).

É possível observar, na Tabela 6, que, após a rotação oblíqua, o primeiro componente reteve 9 itens relacionados ao acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio. O segundo componente reteve 4 itens relativos à qualidade do clínico e tratamento. O terceiro componente reteve 6 itens referentes a condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos. O quarto componente reteve 5 itens relativos a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista. E o quinto componente reteve 2 itens relativos à

perceção de problema resolvido. A Tabela 6 também indica a média e o desvio-padrão para cada item considerando os valores da escala de Likert (1 a 5).

Tabela 6 – Itens retidos em cada fator extraído após a rotação oblíqua

Item	Componente					Média	Desvio- padrão
	1	2	3	4	5		
(1) Facilidade em ser visto por um Médico Dentista	0,353					4,44	0,87
(2) Horário de atendimento adequado	0,300					4,46	0,87
(3) Boa Localização da clínica	0,617					4,44	0,68
(4) Retorno das chamadas é rápido	0,635					3,96	1,24
(5) São simpáticos e atenciosos	0,535					4,62	0,68
(6) Sabem esclarecer as minhas dúvidas	0,441					4,56	0,68
(7) É Confortável	0,536					3,93	1,02
(8) É Acolhedora	0,415					3,80	1,00
(9) Tem Atividades/ revistas/ TV para ajudar a passar o tempo enquanto espero	0,454					4,23	0,77
(21) Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde / medicação		0,719				4,53	0,77
(22) Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara		0,741				4,57	0,72
(23) Apresentou outras opções de tratamento		0,494				3,85	1,33
(24) Senti confiança no tratamento efetuado		0,355				4,59	0,73
(12) A clínica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento			0,602			4,62	0,59
(15) O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada			0,401			4,57	0,82
(17) Fui atendido por um Dentista pelo qual criei empatia			0,341			3,82	1,54
(18) Sou sempre atendido pelo mesmo Médico(s) Dentista(s)			0,353			2,80	1,51
(30) O recibo discrimina os custos detalhadamente			0,527			4,02	1,21
(31) A clínica apresenta métodos e formas de pagamento adequados			0,418			4,62	0,64
(10) Não tive muito Tempo de espera na sala de espera				0,621		4,10	1,09
(14) Tempo de espera para avaliação de testes/ raio X não foi demorado				0,247		3,26	1,54
(19) Soube escutar as suas queixas				0,495		4,41	0,99
(27) O Médico explicou-me claramente os custos da consulta				0,413		3,82	1,47
(28) Aconselhou-me sobre a minha higiene oral				0,500		4,44	0,95
(20) Tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde					0,507	4,40	0,88
(25) Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal					0,561	4,61	0,78

3.5 – Resultados da escala obtida segundo o sexo, regularidade de ida ao Dentista, motivo da consulta e idade dos utentes

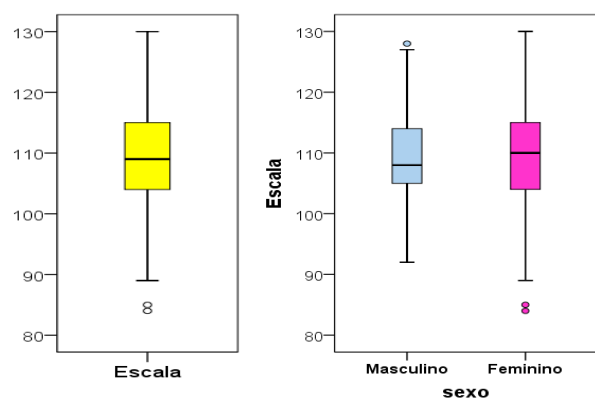
A análise da escala obtida, com os 26 itens, que na teoria pode variar entre 26 e 130, apresenta em média cerca de 113 pontos e varia entre um mínimo de 80 e um máximo de 130 pontos, não mostra diferenças significativas por sexo do paciente (T. Mann-Whitney, $p=0,469$), nem por regularidade de visita ao Médico Dentista (ANOVA, $p=0,147$), nem por motivo da consulta (ANOVA, $p=0,120$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Estudo descritivo da escala segundo o género, a regularidade de ida ao Médico Dentista e o motivo da consulta

		Escala			p
		Média ($\pm dp$)	Me (P25-P75)	min-máx	
Todos		109,5 ($\pm 8,2$)	109 (104-104)	84-130	
sexo	Masculino	109,26 ($\pm 7,44$)	108 (105-105)	92-128	0,469*
	Feminino	109,7 ($\pm 8,82$)	110 (104-104)	84-130	
regularidade	6 em 6 meses	111,14 ($\pm 8,03$)	111 (105-105)	96-130	0,147**
	uma vez por ano	108,33 ($\pm 8,69$)	108 (103,5-103,5)	84-126	
	de 2 em 2 anos	111,33 ($\pm 8,69$)	111 (107-107)	95-127	
	Ocasionalmente	108,54 ($\pm 7,78$)	109 (104-104)	89-124	
	só quando tenho dores	108,66 ($\pm 7,81$)	109 (104-104)	89-128	
motivo	Destartarização	110,88 ($\pm 8,31$)	111,5 (104,8-104,8)	89-129	0,120**
	Prótese	111,38 ($\pm 8,55$)	110 (104,5-104,5)	96-130	
	Desvitalização	106,61 ($\pm 8,9$)	106 (101-101)	89-125	
	Restauração	108,57 ($\pm 8,08$)	109 (104-104)	84-127	
	Outro	109,78 ($\pm 7,62$)	108 (104,3-104,3)	97-130	

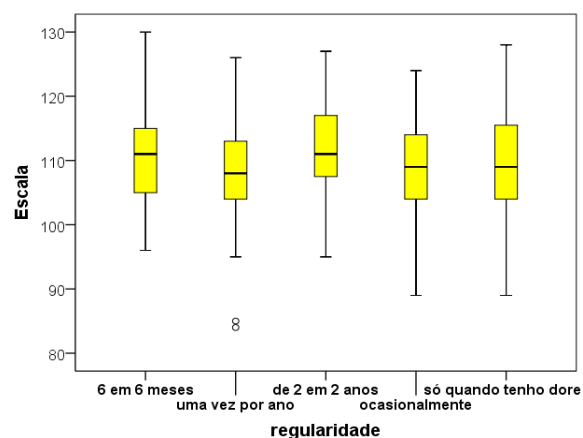
* teste U de Mann-Whitney; ** ANOVA

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

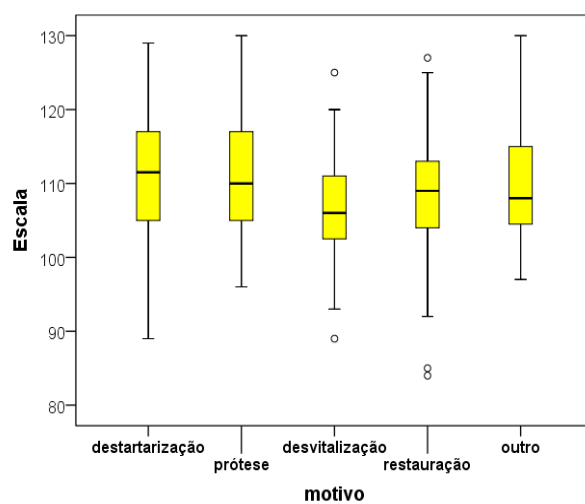


a)

b)



c)



d)

Figura 1– Imagem descritiva da escala de satisfação, (a) comparação de valores da escala de satisfação entre sexo (b), por regularidade de idas ao Médico Dentista (c) e o motivo da consulta (d).

Foi também possível verificar (Figura 2) que a escala não se encontra correlacionada com a idade dos pacientes ($r_s=0,090$; $p=0,140$).

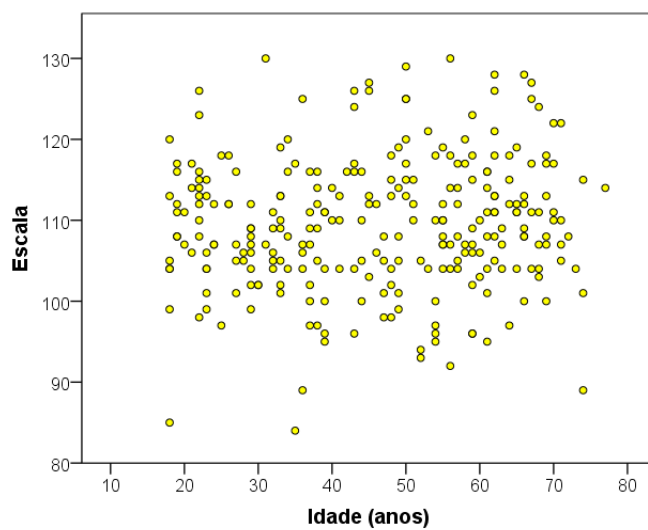


Figura 2 – Diagrama de dispersão da relação entre a idade (anos) dos pacientes e a escala de satisfação

3.6 – Resultados de cada um dos componentes quanto à escala de satisfação dos utentes

A análise de cada um dos 5 componentes da escala mostra que o grau de satisfação medido em cada um destes 5 construtos não difere significativamente ($p>0,05$) pelo facto dos utentes serem de um determinado sexo, da regularidade da visita ao Médico Dentista e pelo motivo da consulta (Tabelas 8 a 12).

Detetou-se, no entanto, uma associação positiva, baixa mas significativa ($r_s=0,189$, $p=0,002$) entre que o grau de satisfação medido pela componente 1 (acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio) com a idade do paciente (Tabela 13). Esta associação positiva é ainda mais forte quando observada para as mulheres ($r_s=0,306$, $p<0,001$), mas passa a não ser significativa para os homens ($r_s=0,041$, $p=0,641$). Para as restantes componentes não foi detetada uma associação significativa ($p>0,05$) entre o grau de satisfação que estas medem e a idade do paciente.

Tabela 8 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 1 (acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio) segundo o sexo, a regularidade e o motivo da consulta

		Componente 1			
		Média (\pm dp)	Me (P25-P75)	min-máx	p
Todos		38,44 (\pm 4,14)	39 (36-36)	23-45	
sexo	Masculino	38,35 (\pm 3,96)	39 (36-36)	23-45	0,616*
	Feminino	38,53 (\pm 4,3)	39 (36-36)	24-45	
regularidade	6 em 6 meses	38,97 (\pm 3,57)	39 (36-36)	29-45	0,557**
	uma vez por ano	37,83 (\pm 5,27)	39 (35-35)	23-45	
	de 2 em 2 anos	39,73 (\pm 4,04)	40 (38-38)	31-45	
	Ocasionalmente	38,17 (\pm 4,09)	39 (35-35)	27-45	
	só quando tenho dores	38,3 (\pm 3,1)	38 (36,3-36,3)	30-45	
motivo	Destartarização	38,34 (\pm 4,38)	39 (36-36)	23-45	0,120**
	Prótese	40,07 (\pm 3,95)	41 (38-38)	31-45	
	Desvitalização	36,87 (\pm 4,7)	39 (34-34)	27-45	
	Restauração	38,22 (\pm 4,02)	39 (36-36)	24-45	
	Outro	38,69 (\pm 3,81)	38 (36-36)	28-45	

* teste U de Mann-Whitney; **teste de Kruskal-Wallis

Tabela 9 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 2 (qualidade do clínico e tratamento) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta

		Componente 2			
		Média (\pm dp)	Me (P25-P75)	min-máx	p
Todos		17,54 (\pm 2,27)	18 (16-16)	8-20	
sexo	Masculino	17,39 (\pm 2,36)	18 (16-16)	8-20	0,324*
	Feminino	17,67 (\pm 2,18)	18 (16-16)	9-20	
regularidade	6 em 6 meses	18,02 (\pm 1,69)	18 (17-17)	14-20	0,115**
	uma vez por ano	17,46 (\pm 2,3)	18 (16-16)	10-20	
	de 2 em 2 anos	18,27 (\pm 1,71)	18 (16-16)	16-20	
	Ocasionalmente	17,15 (\pm 2,71)	18 (16-16)	9-20	
	só quando tenho dores	16,95 (\pm 2,59)	17 (16-16)	8-20	
motivo	Destartarização	17,66 (\pm 2,06)	18 (16-16)	11-20	0,083**
	Prótese	17,83 (\pm 2,11)	18 (16,5-16,5)	11-20	
	Desvitalização	17,3 (\pm 1,18)	18 (16-16)	15-19	
	Restauração	17,3 (\pm 2,76)	18 (16-16)	8-20	
	Outro	17,75 (\pm 2,02)	18 (17-17)	10-20	

* teste U de Mann-Whitney; **teste de Kruskal-Wallis

Tabela 10 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 3 (condições físicas da clínica) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta

		Componente 3			p
		Média (\pm dp)	Me (P25-P75)	min-máx	
Todos		24,46 (\pm 3,25)	25 (22-22)	15-30	
sexo	Masculino	24,46 (\pm 3,35)	25 (22-22)	15-30	0,930*
	Feminino	24,45 (\pm 3,18)	25 (22-22)	16-30	
regularidade	6 em 6 meses	24,95 (\pm 3,06)	25 (23-23)	17-30	0,515**
	uma vez por ano	24,01 (\pm 3,55)	24 (22-22)	16-30	
	de 2 em 2 anos	24,13 (\pm 3,42)	25 (21-21)	16-29	
	Ocasionalmente	24,46 (\pm 3,2)	24 (23-23)	15-30	
	só quando tenho dores	24,27 (\pm 3,16)	24,5 (22-22)	17-30	
motivo	Destartarização	25,21 (\pm 3,21)	25 (24-24)	15-30	0,576**
	Prótese	24,62 (\pm 2,8)	24 (22-22)	20-30	
	Desvitalização	24 (\pm 3,3)	24 (21-21)	17-30	
	Restauração	24,28 (\pm 3,46)	25 (22-22)	16-30	
	Outro	24,13 (\pm 3,13)	24 (22-22)	17-30	

* teste U de Mann-Whitney; **teste de Kruskal-Wallis

Tabela 11 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 4 (aspetos interpessoais na interação paciente-MD) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta

		Componente 4			p
		Média (\pm dp)	Me (P25-P75)	min-máx	
Todos		20,05 (\pm 2,97)	20 (18-18)	9-25	
sexo	Masculino	19,98 (\pm 2,78)	20 (18,3-18,3)	9-25	0,645*
	Feminino	20,11 (\pm 3,14)	20 (18-18)	12-25	
regularidade	6 em 6 meses	20,14 (\pm 3,08)	20 (18-18)	9-25	0,839**
	uma vez por ano	20,09 (\pm 3,19)	21 (18-18)	12-25	
	de 2 em 2 anos	20,8 (\pm 2,96)	21 (18-18)	16-25	
	Ocasionalmente	19,83 (\pm 2,69)	20 (18-18)	13-25	
	só quando tenho dores	19,82 (\pm 2,83)	20 (18,3-18,3)	13-25	
motivo	Destartarização	20,55 (\pm 2,87)	21 (18,8-18,8)	13-25	0,564**
	Prótese	19,93 (\pm 3,21)	20 (17,5-17,5)	15-25	
	Desvitalização	19,61 (\pm 3,07)	20 (18-18)	13-25	
	Restauração	19,91 (\pm 2,97)	20 (18-18)	9-25	
	Outro	20 (\pm 2,97)	20 (18-18)	12-25	

* teste U de Mann-Whitney; **teste de Kruskal-Wallis

Tabela 12 – Estudo descritivo da satisfação avaliada na componente 5 (perceção de problema resolvido) segundo o género, a regularidade e o motivo da consulta

		Componente 5			p
		Média (\pm dp)	Me (P25-P75)	min-máx	
Todos		9,01 (\pm 1,28)	9 (8-8)	3-10	
sexo	Masculino	9,09 (\pm 1,25)	9 (9-9)	3-10	0,313*
	Feminino	8,94 (\pm 1,31)	9 (8-8)	4-10	
regularidade	6 em 6 meses	9,06 (\pm 1,24)	9,5 (8,8-8,8)	5-10	0,184**
	uma vez por ano	8,94 (\pm 1,34)	9 (8-8)	3-10	
	de 2 em 2 anos	8,4 (\pm 1,64)	9 (7-7)	5-10	
	Ocasionalmente	8,93 (\pm 1,33)	9 (8-8)	4-10	
	só quando tenho dores	9,32 (\pm 1,01)	10 (9-9)	6-10	
motivo	Destartarização	9,12 (\pm 0,96)	9 (9-9)	6-10	0,497**
	Prótese	8,93 (\pm 1,36)	9 (8-8)	5-10	
	Desvitalização	8,83 (\pm 1,23)	9 (8-8)	6-10	
	Restauração	8,86 (\pm 1,51)	9 (8-8)	3-10	
	Outro	9,22 (\pm 1,13)	10 (9-9)	5-10	

* teste U de Mann-Whitney; **teste de Kruskal-Wallis

Tabela 13 – Correlação de cada uma das 5 componentes da escala de satisfação com a idade do paciente

	Idade (anos)		
	r_s	p	n
Componente 1 - acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio	0,189	0,002	268
Componente 2 - qualidade do clínico e tratamento	-0,008	0,898	268
Componente 3 - condições físicas da clínica	0,002	0,969	268
Componente 4 - aspetos interpessoais na interação paciente-MD	0,022	0,717	268
Componente 5 - perceção de problema resolvido	-0,022	0,720	268

A análise comparativa dos valores da média relativizada em cada componente (Tabela 14) permitiu concluir que há diferenças significativas (ANOVA para medidas repetidas, $p < 0,001$) no grau de satisfação que os utentes da clínica têm em diferentes aspetos da qualidade percebida. Assim, por ordem decrescente de satisfação (maior a menor), detetou-se o seguinte padrão: perceção de problema resolvido (componente 5) > qualidade do clínico e tratamento (componente 2) > acesso à assistência e ao

atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio (componente 1) > condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos (componente 3) ≠ aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista (componente 4).

Tabela 14 – Comparação “relativizada” de cada uma das 5 componentes da escala de satisfação

Componente	N.º de itens	Valores originais da componente Média (±dp)	Valores relativizados* da componente Média (±dp)	IC 95% para valores relativizados da componente IC 95% média
Componente 1 - Satisfação utente quanto ao acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio; Escala que pode variar entre 9 e 45	9	38,44 (±4,14)	4,27 (±0,46)	4,23 - 4,31
Componente 2 - Satisfação do utente quanto à qualidade do clínico e tratamento Escala que pode variar entre 4 e 20	4	17,54 (±2,27)	4,39 (±0,25)	4,34 - 4,42
Componente 3 - Satisfação do utente quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos Escala que pode variar entre 6 e 30	6	24,46 (±3,25)	4,08 (±0,36)	4,04 - 4,12
Componente 4- Satisfação do utente quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista Escala que pode variar entre 5 e 25	5	20,05 (±2,97)	4,01 (±0,33)	3,97 - 4,05
Componente 5 -Satisfação do utente quanto à perceção de problema resolvido Escala que pode variar entre 2 e 10	2	9,01 (±1,28)	4,50 (±0,14)	4,46 - 4,54

*Escala relativizada em que 1 significa “grau de satisfação muito baixo”, 3 significa “grau de satisfação intermédio” e 5 significa “grau de satisfação muito elevado”.

IV – DISCUSSÃO

4.1 – Análise geral dos dados e composição da amostra

A amostra global analisada é composta por um grupo muito heterogéneo de sujeitos, com uma ligeira predominância para os indivíduos do sexo feminino (53,7%), representado no gráfico 1. A amostra contém indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos, e a idade média é de 46 anos. A idade não apresenta diferença significativa por sexo (T. Mann-Whitney, $p=0,273$).

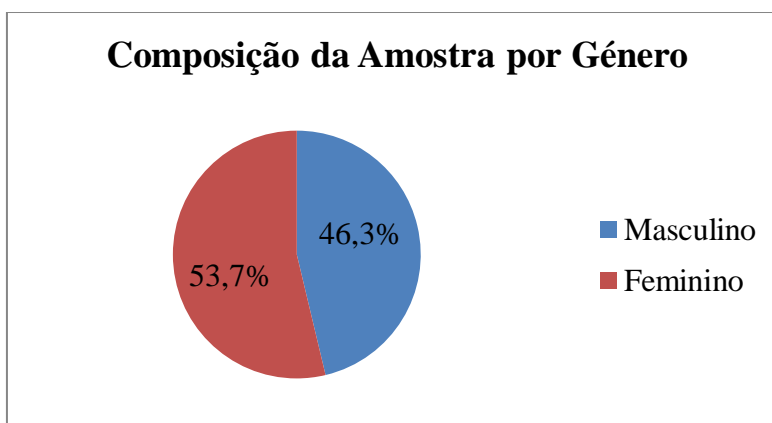


Gráfico 1 – Composição da Amostra por Género

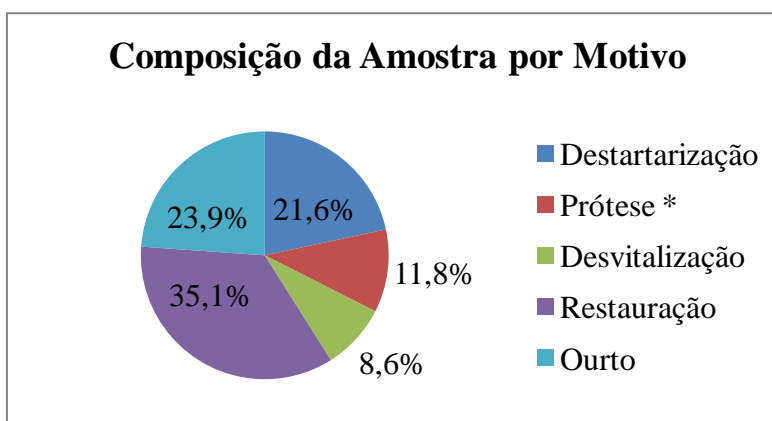


Gráfico 2 – Composição da Amostra por Motivo de Consulta

*- Após análise, a variável “prótese fixa” apenas continha dois inquiridos, agrupou-se as variáveis “prótese fixa” e “prótese removível”, criando a variável prótese.

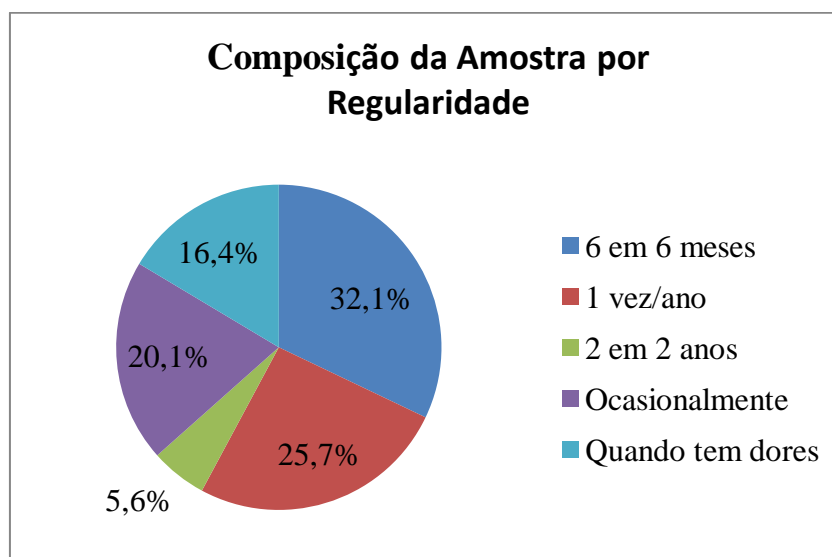


Gráfico 3 – Composição da Amostra por Regularidade de ida ao Médico Dentista

Dos inquiridos, a maior percentagem refere estar presente por motivo de Restauração dentária (35,1%) e 32,1 % da amostra afirma ir ao Médico Dentista de 6 em 6 meses, dados que se podem verificar nos Gráficos 2 e 3.

A percentagem média de utentes que relataram ter recorrido à consulta de Medicina Dentária regularmente (considerando regularmente uma média de 6 em 6 meses) foi de 46%, variando esta questão segundo alguns autores de 10% a 56% (Tamaki et al. 2005).

4.2 – Análise do questionário: confiabilidade e validade. Definição da escala de satisfação dos utentes

Em primeira instância, foram analisadas as respostas a cada uma das questões que constituíam o questionário, com a respetiva percentagem e a indicação da mediana das respostas (Tabela 3). O valor de alfa de Cronbach para as 31 questões foi de 0,625. Observou-se que a questão 26 (sobre se o Médico Dentista soube prescrever medicação) diminuía o número de inquéritos na análise, por não terem respondido 133 dos 268 participantes. Foi calculado um novo alfa de Cronbach para as 30 questões remanescentes e obteve-se um valor de 0,555. A eliminação das questões 11, 14, 16 e 29 (Tempo da consulta não foi superior aquele esperado; Tempo de espera para avaliação de testes/raio X não foi demorado; Foi impessoal e indiferente; Custo dos serviços não são elevados) elevou o coeficiente alfa de Cronbach para 0,616 (Tabela 4).

4.3 – Definição e análise das componentes para a escala obtida de satisfação dos utentes

No que concerne ao caso em estudo, o método de Análise em Componentes Principais permitiu reduzir a dimensionalidade dos dados originais. A partir das trinta e uma (itens) variáveis iniciais, respeitantes às perguntas que constituíam o questionário realizado aos pacientes, definiram-se cinco componentes que se comportaram como variáveis não correlacionadas – as componentes principais. O estudo da adequação da amostra ($KMO= 0,655$; teste de esfericidade de Bartlett, $p<0,001$) indicou a pertinência do modelo fatorial. Os cinco fatores pré-definidos explicaram 34,80% da variância total.

Os componentes extraídos, a variação explicada para cada fator e a variação acumulada, juntamente com os valores do coeficiente alfa de Cronbach foram descritos na Tabela 5 do capítulo dos resultados, tendo-se constituído então 5 componentes (dos respetivos itens) – Quadro 2 – que passam a constituir a escala obtida de avaliação da Satisfação do Utente.

Quadro 2 – Definição de componentes em estudo, conforme questões avaliadas no questionário (redução da complexidade dos dados através da definição de um menor número de variáveis não correlacionadas)

Componente 1: Satisfação utente quanto ao acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio
(1) Facilidade em ser visto por um Médico Dentista
(2) Horário de atendimento adequado
(3) Boa Localização da clínica
(4) Retorno das chamadas é rápido
(5) São simpáticos e atenciosos
(6) Sabem esclarecer as minhas dúvidas
(7) É Confortável
(8) É Acolhedora
(9) Tem Atividades/ revistas/ TV para ajudar a passar o tempo enquanto espero
Componente 2: Satisfação do utente quanto à qualidade do clínico e tratamento
(21) Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde / medicação
(22) Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara
(23) Apresentou outras opções de tratamento
(24) Senti confiança no tratamento efetuado
Componente 3: Satisfação do utente quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos
(12) A clínica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento
(15) O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada
(17) Fui atendido por um Dentista pelo qual criei empatia
(18) Sou sempre atendido pelo mesmo Médico(s) Dentista(s)
(30) O recibo discrimina os custos detalhadamente
(31) A clínica apresenta métodos e formas de pagamento adequados
Componente 4: Satisfação do utente quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista
(10) Não tive muito Tempo de espera na sala de espera
(14) Tempo de espera para avaliação de testes/ raio X não foi demorado
(19) Soube escutar as suas queixas
(27) O Médico explicou-me claramente os custos da consulta
(28) Aconselhou-me sobre a minha higiene oral
Componente 5: Satisfação do utente quanto à perceção de problema resolvido
(20) Tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde
(25) Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal

A análise da escala de satisfação obtida, com os 26 itens, não mostrou diferenças significativas por sexo do paciente (T. Mann-Whitney, $p=0,469$), nem por regularidade de visita ao Médico Dentista (ANOVA, $p=0,147$), nem por motivo da consulta (ANOVA, $p=0,120$) (Tabela 7). Registou-se paralelamente (Figura 2) que a escala de satisfação dos utentes, com os 26 itens, não se encontra correlacionada com a idade dos mesmos ($r_s=0,090$; $p=0,140$). Estes resultados encontram-se em conformidade com os registos de outros ensaios semelhantes, relacionados com inquéritos aplicados no âmbito da medicina dentária, em ambulatório, mas em instituições hospitalares (Krupat et al. 2001; Lin et al. 2001; Rahmqvist 2001; Sur et al. 2004)

A análise de cada um dos 5 componentes da escala mostra que o grau de satisfação medido em cada um destes 5 construtos não diferiu significativamente ($p>0,05$) pelo facto dos utentes serem de um determinado sexo, da regularidade da visita ao Médico Dentista e pelo motivo da consulta (Tabelas 8 a 12). Contudo, ocorreu uma associação positiva, baixa mas significativa ($r_s=0,189$, $p=0,002$) entre o grau de satisfação medido pela componente 1 (acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio) com a idade do paciente (Tabela 13), que pode ser interpretada como uma muito ligeira associação entre o aumento da idade e uma maior importância dada e satisfação percebida pelo acesso do paciente à assistência, ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio. Esta associação positiva foi ainda mais forte quando observada para as mulheres ($r_s=0,306$, $p<0,001$), mas passa a não ser significativa para os homens ($r_s=0,041$, $p=0,641$). Para as restantes componentes não foi detetada uma associação significativa ($p>0,05$) entre o grau de satisfação que estas medem e a idade do utente.

Sendo que os valores de resultados obtidos nas tabelas 8 a 13, para todos os utentes que responderam ao inquérito, apresentam valores da média aproximados aos valores da mediana, a análise de satisfação global dos pacientes para cada componente (1 a 5) de satisfação será descrita em termos médios por facilitar a comparação dos mesmos com resultados de outros ensaios descritos na literatura.

Tendo em conta que o grau de satisfação dos utentes é classificado de Insatisfeito, Satisfeito a Muito Satisfeito, conforme o valor médio de respostas obtidas nos itens que

constituem cada componente, para os 268 inquiridos, em que 1 corresponde à classificação do utente como Insatisfeito para um item avaliado e 5 corresponde à classificação do utente de Muito Satisfeito. O valor 3 corresponde a um valor intermédio de satisfação.

4.3.1 – Satisfação do utente quanto ao acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio

O valor médio de satisfação registado nos 268 utentes que responderam ao inquérito foi de 38,44 ($\pm 4,14$), com um valor mínimo de 23 e máximo de 45. Os resultados (Tabela 8) quanto à satisfação dos utentes relativos ao acesso à assistência e ao atendimento por parte do secretariado e pessoal de apoio (componente 1) da clínica pedagógica de Medicina Dentária pode ser considerando Bom, uma vez que foram calculados tendo em conta a média de valores obtidos nas 9 perguntas que constituem a componente 1, para cada utente, e que os valores mínimos (Insatisfeito) e máximos (Muito Satisfeito) a obter variavam entre 9 e 45, respetivamente.

Pela análise da contribuição de cada item para a construção do grau de satisfação desta componente, pode observar-se que os itens com menor média (ver média de cada item na Tabela 6), ou seja, que menos contribuem para elevar o grau de satisfação dos utentes, e que podem ser objeto de melhoria são o retorno das chamadas (média de 3,96), as condições de conforto da sala de espera (média de 3,93) e ser acolhedora (média de 3,80).

4.3.2 – Satisfação do utente quanto à qualidade do clínico e tratamento

O valor médio de satisfação registado nos 268 utentes que responderam ao inquérito foi de 17,54 ($\pm 2,27$), com um valor mínimo de 8 e máximo de 20. Os resultados da satisfação do utente (Tabela 9) quanto à qualidade do clínico e tratamento (componente 2) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado Bom, considerando que foram calculados tendo em conta a média de valores obtidos nas 4 perguntas que constituem a componente 2, para cada utente, e que os valores mínimos e máximos a obter variavam entre 4 e 20, respetivamente.

Pela análise da contribuição de cada item para a construção do grau de satisfação desta componente, pode observar-se que o item que mais facilmente pode ser objeto de melhoria percebida pelos utentes é o apresentar outras opções de tratamento (média=3,85).

Segundo descrevem alguns estudos da literatura, a comunicação e a explicação por parte dos Médicos Dentistas quanto ao diagnóstico e aos tratamentos faz aumentar a satisfação dos pacientes que se deslocam à consulta de Medicina Dentária (Awliya 2003; Cooper and Monson 2008; Lima et al. 2010; Sur et al. 2004; Tamaki et al. 2005).

Num estudo realizado por Sur e colaboradores 79,7 % dos inquiridos indicaram estar satisfeitos com a atitude do Médico Dentista, quando o fator da comunicação entre pacientes e o profissional estava a ser considerado. A privacidade no atendimento do utente e a atitude/postura do Dentista perante o mesmo são fatores importantes que podem afetar a qualidade da relação Médico Dentista-paciente e, consequentemente, a satisfação do paciente. Vários estudos indicam que a relação Médico Dentista-paciente é sempre correlacionada de forma significativamente positiva com satisfação do paciente (Sur et al. 2004).

4.3.3 – Satisfação do utente quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos

O valor médio de satisfação registado nos 268 utentes que responderam ao inquérito foi de 24,46 ($\pm 3,25$), com um valor mínimo de 15 e máximo de 30. Os resultados da satisfação do utente (Tabela 10) quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos (componente 3) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado acima do satisfatório, considerando que foram calculados tendo em conta a média de valores obtidos nas 6 perguntas que constituem a componente 3, para cada utente, e que os valores mínimos e máximos a obter variavam entre 6 e 30, respetivamente.

Pela análise da contribuição de cada item (Tabela 6) para a construção do grau de satisfação desta componente, pode observar-se que os itens com menor média (os que

apresentam menor grau de satisfação) são o relativo ao atendimento por um Dentista pelo qual criaram empatia (média=3,82) e o relativo ao ser sempre atendido pelo mesmo Médico(s) Dentista(s) (média=2,80). Num estudo realizado por Lima e colaboradores os autores concluíram que a privação ao utente quanto à liberdade de escolha do profissional representou um dos maiores motivos de insatisfação registados (Lima et al. 2010).

Conforme descrevem Sachdeo e colaboradores, num ensaio que avaliou as principais reclamações de pacientes (entre os anos de 2005 e 2008) numa clínica pedagógica de medicina dentária, os estudantes de medicina dentária procedem ao atendimento clínico de pacientes inseridos nos seus currículos de formação graduada, tendo que respeitar a distribuição de pacientes, conforme a disponibilidade de agenda da clínica e dos próprios pacientes, o que pode condicionar que o paciente possa ser atendido em diferentes consultas por diferentes profissionais e estudantes (Sachdeo et al. 2012). Este fator pode condicionar o efeito de “fidelização” ao profissional (não à instituição) que muitos pacientes percecionam como um fator de menor satisfação e que pode distinguir os resultados obtidos numa clínica pedagógica daqueles e os de prática em clínica privada onde o paciente pode manifestar a vontade de livre escolha quanto ao profissional.

No presente ensaio, as médias registados (Tabela 6) quanto à satisfação dos utentes nas questões “a clínica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento” e “ o material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada” mostraram valores mais elevados, indicando que a perceção dos pacientes quanto a estes cuidados de segurança é valorizada e positiva.

Lima e colaboradores, citando Donabedian, afirmam que podem ser atribuídas várias dimensões à qualidade, entre elas, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. Sendo assim, considerando o nível de satisfação do usuário, a avaliação da qualidade de assistência à saúde deve aferir o ajuste do serviço à demanda e ser capaz de detetar em que medida esse serviço atende as expectativas do paciente (Lima et al. 2010).

A utilização de material esterilizado e de equipamento de proteção individual tem vindo a ser colocado cada vez mais em prática, com a função de proteger o utente do risco de infeção cruzada e de reduzir o risco do profissional em contrair doenças infecciosas.

Pinheiro e colaboradores, no seu ensaio, registaram que 94,1% dos pacientes submetidos ao inquérito observaram que o material era esterilizado e que os pacientes inquiridos preferiam ser atendidos por um Médico Dentista que utilize todo o equipamento de proteção pessoal (Pinheiro et al. 2002).

O facto do paciente saber que o material utilizado durante o seu atendimento é todo esterilizado e que não corre risco de infeção cruzada, segundo a OMS pode conferir uma imagem de segurança e satisfação, confirmando assim a satisfação do paciente com os tratamentos recebidos (WHO 2011).

4.3.4 – Satisfação do utente quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista

O valor médio de satisfação registado nos 268 utentes que responderam ao inquérito foi de 20,05 ($\pm 2,97$), com um valor mínimo de 9 e máximo de 25. Os resultados da satisfação do utente (Tabela 11) quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista (componente 4) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado Bom, considerando que foram calculados tendo em conta a média de valores obtidos nas 5 perguntas que constituem a componente 4, para cada utente, e que os valores mínimos e máximos a obter variavam entre 5 e 25, respetivamente.

Pela análise da contribuição de cada item para a construção do grau de satisfação desta componente, pode observar-se que os itens com menor média (os que apresentam menor grau de satisfação) são o tempo de espera para avaliação de testes/ raio X (média=3,26) e o saber escutar as queixas do utente (média=3,82). As interações pessoais têm prioridade no estabelecimento da satisfação com o tratamento odontológico (Cooper and Monson 2008).

O tempo que o Médico Dentista dedica à comunicação com os pacientes é visível no presente estudo. Este facto reflete-se na segurança e confiabilidade que o paciente sente para com Médico Dentista que por sua vez vai solidificar a relação médico-paciente. Essa relação já foi várias vezes abordada por outros autores como um fator de satisfação dos pacientes (Aiken et al. 2012; Chanthong et al. 2009; Lima et al. 2010; Mascarenhas 2001; Sur et al. 2004).

Os utentes inquiridos no presente ensaio quanto a “ter recebido aconselhamento sobre a sua higiene oral” mostraram-se satisfeitos com esta intervenção. Isto pode ser um dado positivo para a motivação do paciente e para a assimilação da necessidade de tratamento. Receber informações preventivas e curativas é um fator de satisfação que o paciente percebe durante o atendimento (Unfer and Saliba 2000).

4.3.5 – Satisfação do utente quanto à perceção de problema resolvido

O valor médio de satisfação registado nos 268 utentes que responderam ao inquérito foi de 9,01 ($\pm 1,28$), com um valor mínimo de 3 e máximo de 10. Os resultados da satisfação do utente (Tabela 12) quanto à perceção de problema resolvido (componente 5) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado Muito Bom, considerando que foram calculados tendo em conta a média de valores obtidos nas 2 perguntas que constituem a componente 5, para cada utente, e que os valores mínimos e máximos a obter variavam entre 2 e 10, respetivamente.

Esta é a componente em que os utentes mais expressam a sua satisfação, e as duas questões que a constituem apresentam médias elevadas (Tabela 6) quanto à satisfação.

Num estudo realizado igualmente numa clínica pedagógica, Awliya conclui que “Um dos parâmetros que mais gerou insatisfação por parte dos pacientes, aquando do atendimento em clínicas dentárias, das Faculdades de Medicina Dentária, foi a duração das consultas (Awliya 2003). Do mesmo modo que Sur (Sur et al. 2004) afirma que o tempo de espera foi o determinante mais significativo de insatisfação em pacientes odontológicos na sua amostra.

Em geral, o paciente não possui conhecimentos técnicos para aferir os custos dos tratamentos efetuados. A inter-relação com o paciente permite ao Médico Dentista explicar os custos da consulta e/ou dos tratamentos no caso de se tratar de uma consulta de prótese removível ou de prótese fixa.

4.3.6 – Comparação do Grau de satisfação nas 5 componentes principais

A comparação relativizada da satisfação medida em cada uma das 5 componentes de satisfação (Tabela 14) mostrou que em todas as componentes se atinge um grau de satisfação pelo menos Bom, mas há diferenças significativas (ANOVA para medidas repetidas, $p < 0,001$).

Os pacientes mostraram estar significativamente mais satisfeitos (Muito Satisfeitos) com a questão de terem o problema resolvido (componente 5), seguindo-se, embora com um grau de satisfação entre Bom e Muito Bom mas significativamente mais baixo, a satisfação com qualidade do clínico e tratamento (componente 2). Com um grau de satisfação Bom a Muito Bom mas significativamente inferior aos dois anteriores aparece a componente que avalia o acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio (componente 1). Com um grau de satisfação de Bom aparecem depois (quantificado como significativamente inferior às 3 componentes anteriormente referidas, mas não diferindo significativamente entre si, as componentes que avaliam o grau de satisfação com as condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos (componente 3) e a de aspetos interpessoais na interação paciente-Médico Dentista (componente 4).

A satisfação do paciente é parte integrante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde oral. A gestão eficaz de satisfação do paciente pode ajudar os utentes, profissionais e instituições a fornecer a mais alta qualidade de atendimento possível em ambiente de educação dentária. Segundo cita Sachdeo e colaboradores, as instituições devem concentrar-se na comunicação, sendo fundamental a inclusão desta análise na formação em Medicina Dentária (Sachdeo et al. 2012).

4.4 – Limitações inerentes ao presente ensaio

A maioria dos estudos de validação começa com a validação do conteúdo. Para avaliar a validade do conteúdo, a colocação de perguntas abertas no final dos questionários pode ser útil. A colocação de uma pergunta aberta e/ou fechada no questionário utilizado para este estudo seria importante para validar os resultados obtidos. Chanthong refere no seu estudo que a validade de conteúdo pode ser avaliada perguntando aos pacientes se existiam outros aspetos dos cuidados que não foram mencionados nos questionários ou então com uma declaração do género “Eu estou satisfeito com os cuidados de Medicina Dentária”, que pode até apresentar resposta em 3 a 4 graus de satisfação pré-estabelecidos (Chanthong et al. 2009). Questões deste tipo devem ser incluídas para auxiliar na validação dos níveis de satisfação manifestados (Chanthong et al. 2009; Hankins et al. 2007; MacKeigan and Larson 1989). “Apesar de alguns autores questionarem a consistência dos comentários dos pacientes, considera-se importante a criação de um espaço para comentários e sugestões destes, pois tais registos podem apresentar dados importantes e complementares à avaliação quantitativa” (Lima et al. 2010).

Desde as décadas de 1960 e 1970 que são publicados imensos estudos sobre a satisfação dos pacientes, apesar disso ainda não existe um padrão definitivo para medir a satisfação do paciente (Tamaki et al. 2005).

Embora o questionário elaborado para este estudo de campo não tenha sido validado com uma questão externa, um futuro estudo poderá utilizar como base o questionário elaborado para esta tese de dissertação de Mestrado, submetendo-o a um processo de pré-teste e teste piloto de revisão. Assim, os itens com significados ambíguos podem ser eliminados para maximizar a confiabilidade e validade do questionário. Do mesmo modo, deverão ser acrescentadas perguntas mais específicas e perguntas abertas. Deste processo resultará uma versão mais curta, mas validada do questionário.

V – CONCLUSÃO

Conforme os objetivos propostos para o presente trabalho, podem registar-se as seguintes conclusões:

- A avaliação da satisfação do utente, quando nos referirmos a parâmetros de qualidade em saúde, constitui um indicador com carácter multidisciplinar, cada vez mais indispensável na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e na administração dos cuidados prestados.
- A satisfação do paciente é um conceito que está a receber cada vez mais atenção nos cuidados médicos. Representa a avaliação dos pacientes quanto à segurança, confiança e qualidade das estruturas, dos processos, dos resultados obtidos e dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços. Pode vir a auxiliar na previsão dos comportamentos dos pacientes, como por exemplo, frequência e continuidade.
- Relativamente ao ensaio piloto realizado, a análise da escala de satisfação obtida, após confiabilidade e validade do inquérito aplicado, com as 26 questões, não mostrou diferenças significativas por sexo do paciente, regularidade de visita ao Médico Dentista e motivo da consulta, e não se encontra correlacionada com a idade dos participantes.
- A análise de cada um dos 5 componentes da escala mostrou que o grau de satisfação medido em cada um destes 5 construtos não diferiu significativamente pelo facto dos utentes serem de um determinado sexo, da regularidade da visita ao Médico Dentista e pelo motivo da consulta. Contudo, há uma associação positiva baixa mas significativa entre o grau de satisfação de utentes do sexo feminino medido pela componente 1 (acesso do paciente à assistência e ao atendimento da rececionista e do pessoal de apoio) e a idade do paciente.
- O grau de satisfação dos utentes relativamente ao acesso à assistência e ao atendimento por parte do secretariado e pessoal de apoio (componente 1) da clínica pedagógica de Medicina Dentária foi considerando Bom. As perguntas desta

componente que menos contribuem para elevar o grau de satisfação dos utentes, e que podem ser objeto de melhoria, são o “retorno das chamadas”, “condições de conforto da sala de espera” e “ser acolhedora”. As questões com maior média de valorização de satisfação registada pelos utentes focaram-se em: “Facilidade em ser visto por um Médico Dentista”, “Horário de atendimento adequado”, “Boa Localização da clínica”, “São simpáticos e atenciosos”, “Sabem esclarecer as minhas dúvidas”, “Tem Atividades/ revistas/ TV para ajudar a passar o tempo enquanto espero”.

– O grau de satisfação registado pelos 268 utentes quanto à qualidade do clínico e tratamento (componente 2) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado Bom, sendo que a questão que mais facilmente pode ser objeto de melhoria percebida pelos utentes, é o “apresentar outras opções de tratamento”. As questões com maior média de valorização de satisfação dos utentes foram: “Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde/medicação”, “Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara” e “ Senti confiança no tratamento efetuado”.

– O grau de satisfação dos utentes quanto às condições físicas da clínica, de segurança do tratamento e transparência nos procedimentos (componente 3) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado acima do satisfatório, sendo que as questões com menor média (os que apresentam menor grau de satisfação) são as relativas ao “atendimento por um Dentista pelo qual criaram empatia” e “ ser sempre atendido pelo mesmo Médico(s) Dentista(s)”. As questões com maior média de valorização de satisfação pelos utentes foram: “A clínica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento”, “O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada”, “O recibo discrimina os custos detalhadamente” e “A clínica apresenta métodos e formas de pagamento adequados”.

– O grau de satisfação registado pelos 268 utentes quanto a aspetos interpessoais na interação paciente-Médico (componente 4) é considerado Bom, sendo que as questões com menor média (os que apresentam menor grau de satisfação) registada são “o tempo de espera para avaliação de testes/ raio X” e o “saber escutar as queixas do utente”. As questões com maior média de valorização de satisfação pelos utentes foram: “Não tive

muito Tempo de espera na sala de espera”, “O Médico explicou-me claramente os custos da consulta” e “Aconselhou-me sobre a minha higiene oral”.

– O grau de satisfação dos utentes quanto à perceção de problema resolvido (componente 5) na clínica pedagógica de Medicina Dentária é considerado Muito Bom. Esta foi a componente em que os utentes registaram mais expressão na sua satisfação, particularmente nas duas questões que a constituem (“Tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde” e “Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal”), com médias elevadas quanto à satisfação.

– A comparação relativizada da satisfação medida em cada uma das 5 componentes de satisfação mostrou que em todas as componentes se atinge um grau de satisfação pelo menos Bom.

– Os pacientes mostraram estar significativamente mais satisfeitos (Muito Satisfeitos) com a questão de terem o problema resolvido (componente 5), seguindo-se, embora com um grau de satisfação entre Bom e Muito Bom mas significativamente mais baixo, a satisfação com qualidade do clínico e tratamento (componente 2). Com um grau de satisfação Bom a Muito Bom mas significativamente inferior aos dois anteriores, aparece a componente que avalia o acesso à assistência e ao atendimento da rececionista (secretariado) e do pessoal de apoio (componente 1).

Tendo em conta as limitações inerentes a este ensaio piloto, ao nível da validade do questionário, que pode gerar algum enviesamento das respostas, crê-se, como relevante efetuar, numa próxima etapa, a inclusão de perguntas abertas ou mais específicas que poderão reforçar ou atenuar os resultados encontrados. Alguns exemplos de situações a analisar futuramente poderão ser a simplificação dos dados por elaboração de construtos englobando questões de análise por ambiente, recursos humanos e ato clínico por área. Nos questionários de satisfação dos utentes seria importante, ainda, aferir aspetos interpessoais, habilitações literárias e situação profissional do utente, de modo a estudar a sua influência nos níveis da satisfação quanto aos serviços de saúde e Medicina Dentária.

Este estudo permitiu ainda concluir que o Médico Dentista tem que se esforçar para mudar a sua relação com o saber, e especialmente com o paciente, uma vez que a comunicação e atendimento centrado no utente é que satisfaz em mais as expectativas do mesmo. Os resultados desta pesquisa realçam o carácter multidimensional da avaliação da satisfação, sugerindo que a satisfação manifestada pelos pacientes pode estar muito mais relacionada com a maneira como estes são tratados e a segurança que estes mesmos sentem em relação aos serviços prestados.

Atendendo aos custos inerentes à formação dos Médicos Dentistas e ao mercado cada vez mais competitivo em que as clínicas pedagógicas de medicina dentárias operam, torna-se importante analisar o papel que as Faculdades de Medicina Dentária desempenham como prestadoras de serviços. Para isso, serão necessários mais estudos no âmbito da satisfação dos pacientes relativos aos serviços prestados nas clínicas pedagógicas de medicina dentária e nos serviços prestados por outras clínicas dentárias, pertençam estas ao setor público ou privado.

VI- PUBLICAÇÕES EFETUADAS NO ÂMBITO DESTA TESE

APRESENTAÇÕES SOB FORMA DE POSTER, no 2nd IPLeiria Internacional Health Congress | Challenges & Innovation in Health, que decorreu no Instituto Politécnico de Leiria, Portugal a 9 e 10 de maio 2014.

– MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH DENTAL CARE IN A UNIVERSITY DENTAL CLINIC BACKGROUND.

– DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT FOR MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH DENTAL CARE.

PUBLICAÇÃO EM REVISTA SOB A FORMA DE ABSTRACT

Patrícia Manarte-Monteiro, **Natália Frade**, Sandra Gavinha, Maria Conceição Manso. MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH DENTAL CARE IN A UNIVERSITY DENTAL CLINIC BACKGROUND. Rev Saúde Pública 2014;48(n.esp):128.

Maria Conceição Manso, **Natália Frade**, Sandra Gavinha, Patrícia Manarte-Monteiro. DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT FOR MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH DENTAL CARE. Rev Saúde Pública 2014;48(n.esp):129.

VII – BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., et al. (2012), 'Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States', *BMJ* 344, e1717.
- Atkinson, M. J. and Lennox, R. D. (2006), 'Extending basic principles of measurement models to the design and validation of patient reported outcomes', *Health and Quality of Life Outcomes*, 4 (65).
- Awliya, W. Y. (2003), 'Patient satisfaction with the dental services provided by the Dental College of King Saud University', *Saudi Dental Journal*, 15 (1), 11-16.
- Bittar, O. J. and Nogueira, V (2008), 'Indicators of quality and quantity in health ', *Revista de administração em saúde*, 10 (40), 87-93.
- Brennan, T. A., et al. (1991), 'Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - results of the Harvard medical practice study I ', *New England Journal of Medicine*, 324, 370-76.
- Browne, K., et al. (2010), 'Measuring patient experience as a strategy for improving primary care', *Health Affairs*, 29 (5), 921-25.
- Butters, J. M. and Willis, D. O. (2000), 'A comparison of patient satisfaction among current and former dental school patients', *Journal of Dental Education*, 64, 409-15.
- Castle, N. G., et al. (2005), 'Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care', *Health Services Research*, 40 (6), 1996-2017.

CED 'Patient safety', (updated May 17 2008)
<http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/ev_20080617_rd04_en.pdf
>.

Chanthong, P., et al. (2009), 'Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia', *Anesthesiology*, 110 (5), 1061–67.

Cooper, B. R. and Monson, A. L. (2008), 'Patient satisfaction in a restorative functions dental hygiene clinic', *Journal of Dental Education*, 72 (12), 1510-15.

Corrigan, J. M. and Burstin, H. (2007), 'Measuring quality of performance: Where is it headed, and who is making the decisions?', *Journal of Family Practice*, 56 (10), 4A-7A.

Duffy, F. D., et al. (2004), 'Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report', *Academic Medicine*, 79 (6), 495-507.

Elwyn, G., et al. (2007), 'Measuring quality through performance. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective', *BMJ*, 335, 1021-22.

Esa, R., Rajah, P., and Abdul, R. (2006), 'Satisfaction with oral health services. A qualitative study among Non-Commissioned officers in the Malaysian Armed Forces', *Community Dental Health*, 23, 15-20.

Fan, V. S., et al. (2005), 'Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care', *Journal of General Internal Medicine*, 20 (3), 226-33.

Fitzpatrick, R. (1991), 'Surveys of patient satisfaction: II - designing a questionnaire and conducting a survey', *BMJ*, 302, 1129-32.

- Gallagher, T. H., et al. (2003), 'Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors', *JAMA*, 26, 1001-07.
- Gosbee, J. (2002), 'Human factors engineering and patient safety', *Quality and Safety in Health Care*, 11, 352–54.
- Greiner, A. C. and Knebel, E. (2003), *Health professions education: a bridge to quality* (Washington, DC: The National Academies Press).
- Hair, J. F., et al. (2006), *Multivariate data analysis* (6 edn.; Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall).
- Hankins, M., et al. (2007), 'Measuring patient satisfaction for the quality and outcomes framework', *British Journal of General Practice*, 57, 737–40.
- Hill, M. and Hill, A. (2002), *Investigação por questionário* (2 edn.; Lisboa: Sílabo).
- Hojat, M., et al. (2011), 'A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians', *Family Medicine*, 43 (6), 412-17.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J. , and Kroenke, K. (2001), 'Predictors of patient satisfaction', *Social Science and Medicine*, 52, 609-20.
- Jenkinson, C., et al. (2002), 'Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care', *Quality and Safety in Health Care*, 11 (4), 335-39.
- Kleefstra, S. S., et al. (2012), 'An instrument assessing patient satisfaction with day care in hospitals', *BMC Health Services Research*, 12 (125).

- Krupat, E., et al. (2001), 'When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust', *The Journal of Family Practice*, 50 (12), 1057-62.
- Lagu, T., et al. (2010), 'Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating Websites', *Journal of General Internal Medicine*, 25 (9), 942-46.
- Leape, L. L., Berwick, D. M., and Bates, D. W (2002), 'What practices will most improve safety? evidence-based medicine meets patient safety', *Journal of the American Medical Association*, 288 (4), 501-07.
- Lewis, R. and Fletcher, M. (2005), 'Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England', *Quality and Safety in Health Care*, 14 (2), 135-39.
- Lima, A. C., Dantas Cabral, E., and Vendiciano Barbosa Vasconcelos, M. (2010), 'Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil', *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (5), 991-1002.
- Lin, C. T., et al. (2001), 'Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction', *Archives of Internal Medicine*, 161, 1437-42.
- MacKeigan, L. D. and Larson, L. N. (1989), 'Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services', *Medical Care*, 27 (5), 522-36.
- Mascarenhas, A. K. (2001), 'Patient satisfaction with comprehensive care model of dental care delivery', *Journal of Dental Education*, 65 (11), 1266-71.

- Mendonça, K. M. and Guerra, R. O. (2007), 'Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia', *Revista brasileira de fisioterapia*, 11 (5), 369-76.
- Mosa, A. S., Yoo, I., and Sheets, L. (2012), 'A systematic review of healthcare applications for smartphones', *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12 (67).
- Nagykaldi, Z., et al. (2012), 'Impact of a wellness portal on the delivery of patient-centered preventive care', *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (2), 158-67.
- NPSA (2009), 'Seven steps to patient safety in general practice', (London: National Reporting and Learning Service).
- Oketade, I. O., et al. (2013), 'Perception of patients attending a tertiary hospital in Nigeria about good dental practice: a pilot study', *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 16 (4), 478-82.
- Okuyama, K. M. and Ayako, B. B. (2011), 'Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review', *BMJ Quality and Safety in Health Care*, 20 (991-1000).
- Pasquali, L. (2003), *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (1 edn.: Vozes).
- Pinheiro, J. T., Aguiar, C. M., and Santos, V. F. (2002), 'Estudo do comportamento do paciente frente à indumentaria do cirurgião-dentista', *Revista Brasileira de Odontologia*, 59 (1), 57-60.

- Rahmqvist, M. (2001), 'Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units', *Journal for Quality in Health Care*, 13 (5), 385-90.
- Reason, J., Carthey, J., and De Leval, M. (2001), 'Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management', *Quality in Health Care*, 10 (2), 21-25.
- Reimann, S. and Strech, D. (2010), 'The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites', *BMC Health Services Research*, 10 (332).
- Sachdeo, A., et al. (2012), 'An analysis of patient grievances in a dental school clinical environment', *Journal of Dental Education*, 76 (10), 1317-22.
- Salisbury, C., Wallace, M., and Montgomery, A. (2010), 'Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling', *BMJ*, 341, c5004.
- Sheiham, A., Maizels, J., and Cushing, A. (1992), 'The concept of need in dentistry', *International Dental Journal* 32, 265-68.
- Sousa, P. (2006), 'Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional', *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-18.
- Stewart, J. F. and Spencer, A. J. (2005), 'Dental satisfaction survey', (Adelaide).
- Stiza, J. (1999), 'How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies', *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (4), 319–28.
- Sur, H., et al. (2004), 'Patient Satisfaction in Dental Outpatient Clinics in Turkey', *Croatian Medical Journal*, 45 (5), 651-54.

- survey, Dental patient satisfaction sample (2005), 'Dental patient satisfaction sample survey - Web Survey Master', *Dental Patient Satisfaction Survey* <<http://www.websurveymaster.com/t/25/Samples>>, accessed January 2012.
- Tamaki, Y., et al. (2005), 'Correlation between patient satisfaction and dental clinic credibility in regular dental check-ups in Japan', *Journal of Oral Science*, 47 (2), 97-103.
- Unell, L., et al. (2001), 'Equality insatisfaction perceived need and utilization of dental care in a 50-year old Swedish population', *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29, 390-98.
- Unfera, B. and Saliba, O. (2000), 'Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal', *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 190-95.
- Vianna, R. (2011), 'Forewords - FDI World Dental Federation', in FDI World Dental Federation (ed.), *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition* (Geneva: WHO Press), 10.
- Vincent, C. and Coulter, A. (2002), 'Patient safety: what about the patient? ', *Quality and Safety in Healthcare*, 11, 76-80.
- Wagner, J., et al. (2007), 'A patient-instructor program to promote dental students' communication skills with diverse patients', *Journal of Dental Education*, 71 (12), 1554-60.
- Walton, M. M., et al. (2006), 'Developing a national patient safety education framework for Australia', *Quality and Safety in Health Care*, 15, 437-42.
- WHO (2011), 'WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition', (Geneva: WHO Press), 1-272.

IX – ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Elaborado e Aplicado nesta Tese de Dissertação



Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde

Questionário

PORFAVOR NÃO RESPONDA A ESTE QUESTIONÁRIO SE JÁ RESPONDEU AO MESMO ANTERIORMENTE!

Idade

Género

Masculino

Feminino

Com que regularidade vai ao Dentista?

De 6 em 6 meses

Uma vez por ano

De 2 em 2 anos

Ocasionalmente

Só quando tenho dores

Qual foi o propósito da sua consulta?

Destartarização

Prótese fixa

Prótese removível

Desvitalização

Restauração

Outro

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

Faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância relativamente a afirmação feita:

Obtenção de Consulta:	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Facilidade em ser visto por um Médico Dentista	1	2	3	4	5
Horário de atendimento adequado	1	2	3	4	5
Boa Localização da clinica	1	2	3	4	5
Retorno das chamadas é rápido	1	2	3	4	5

Secretariado:	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
São simpáticos e atenciosos	1	2	3	4	5
Sabem esclarecer as minhas dúvidas	1	2	3	4	5

Sala de Espera:	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
É Confortável	1	2	3	4	5
É Acolhedora	1	2	3	4	5
Tem Atividades/ revistas/ TV para ajudar a passar o tempo enquanto espero	1	2	3	4	5
Não tive muito Tempo de espera na sala de espera	1	2	3	4	5

Clinica:	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Tempo da consulta foi superior aquele esperado	1	2	3	4	5
A clinica dentária tem todos os equipamentos necessários para o atendimento	1	2	3	4	5
Existe um grande Tempo de espera para fazer testes/raio X	1	2	3	4	5
Tempo de espera para avaliação de testes/raio X foi demorado	1	2	3	4	5
O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infecção cruzada	1	2	3	4	5

Médico Dentista:	Discordo bastante				Concordo bastante

Questionário de avaliação do parâmetro “satisfação do utente”
numa clínica pedagógica de Medicina Dentária- Ensaio Piloto

	1	2	3	4	5
Foi impessoal e indiferente	1	2	3	4	5
Fui atendido por um Dentista pelo qual criei empatia	1	2	3	4	5
Sou sempre atendido pelo mesmo Médico (s) Dentista (s)	1	2	3	4	5
Soube escutar as suas queixas	1	2	3	4	5
Tem tempo para dialogar sobre as suas queixas e outros problemas de saúde	1	2	3	4	5
Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde / medicação	1	2	3	4	5
Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara	1	2	3	4	5
Apresentou outras opções de tratamento	1	2	3	4	5
Senti confiança no tratamento efetuado	1	2	3	4	5
Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal	1	2	3	4	5
Soube prescrever medicação (responder se lhe foi prescrito medicamento)	1	2	3	4	5
O Médico explicou-me claramente os custos da consulta	1	2	3	4	5
Aconselhou-me sobre a minha higiene oral	1	2	3	4	5

Custo:	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Custo dos serviços são elevados	1	2	3	4	5
O recibo discrimina os custos detalhadamente	1	2	3	4	5
A clínica apresenta Métodos e formas de pagamento adequados	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração!